UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
NÚCLEO DE MEDICINA TROPICAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE NA AMAZÔNIA

DIEGO MORAES SANTOS

CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO PARA DISPOSITIVOS MÓVEIS PARA AVALIAÇÃO DO PACIENTE SUICIDA EM AMBIENTES DE PORTA DE ENTRADA NO SUS

Belém - Pará
2024

DIEGO MORAES SANTOS

CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO PARA DISPOSITIVOS MÓVEIS PARA AVALIAÇÃO DO PACIENTE SUICIDA EM AMBIENTES DE PORTA DE ENTRADA NO SUS

Projeto de pesquisa apresentado ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde na Amazônia- PMPSA, do Núcleo de Medicina Tropical - NMT, da Universidade Federal do Pará - UFPA, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Saúde na Amazônia.

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Carla Andréa Avelar Pires

Belém - Pará
2024

RESUMO

Introdução: O suicídio é um grave problema de saúde pública, particularmente concentrado em países de baixa e média renda. No Brasil, a Atenção Primária do SUS é crucial na prevenção, pois é o primeiro contato com a rede de saúde de muitos pacientes em risco antes do suicídio. Tecnologias digitais podem ampliar, otimizar e tornar mais eficientes esses cuidados preventivos.

Objetivo: Desenvolver e validar um instrumento para dispositivos móveis voltado à avaliação de risco de suicídio, direcionado à prática clínica de médicos nas portas de entrada do SUS.

Métodos: Trata-se de um estudo estudo metodológico de produção tecnológica. Foi realizada uma revisão da literatura para identificar instrumentos validados para a avaliação do risco de suicídio. Um novo questionário de avaliação foi construído com base nos pontos convergentes das escalas revisadas, contemplando cinco domínios principais: "intencionalidade e motivação", "elaboração e planejamento", "gravidade do risco", "letalidade do método" e "antecedentes", com apoio do software IRAMUTEQ. O conteúdo foi validado pela técnica Delphi, e o coeficiente alfa de Cronbach foi calculado para avaliar a consistência interna.

Resultados: Na primeira rodada da validação, o consenso entre os avaliadores variou de 85,72% a 100% em relação à adequação dos itens. Dos 17 itens, 70,5% obtiveram 100% de concordância, 23,5% atingiram 92,86%, e 5,8% registraram 85,72%. Todos os itens foram classificados como "muito importante" ou "importante" na escala Likert, e o alfa de Cronbach indicou uma consistência interna satisfatória (0,74).

Conclusão: O aplicativo permite uma avaliação ágil e precisa do risco de suicídio, possibilitando intervenções preventivas oportunas e proporcionais à gravidade do caso. Esse recurso contribui para aprimorar a triagem e o acompanhamento de pacientes vulneráveis, promovendo uma abordagem integrada e eficiente na saúde mental.

Palavras-chaves: Suicidio, Tentativa de Suicidio, Atenção Primária a Saúde, Estudo de Validação, Medicina de Família e Comunidade

ABSTRACT

Introduction: Suicide is a serious public health issue, particularly prevalent in low- and middle-income countries. In Brazil, Primary Care within the SUS (Unified Health System) is crucial for prevention, as it serves as the first contact with the healthcare network for many at-risk patients before a suicide attempt. Digital technologies have the potential to expand, optimize, and improve the efficiency of these preventive measures.

Objective: To develop and validate a mobile device instrument designed for suicide risk assessment, aimed at the clinical practice of physicians at SUS frontline services.

Methods: This is a methodological study of technological development. A literature review was conducted to identify validated instruments for suicide risk assessment. A new assessment questionnaire was constructed based on the convergent aspects of the reviewed scales, covering five main domains: “intent and motivation,” “elaboration and planning,” “risk severity,” “method lethality,” and “history,” with support from IRAMUTEQ software. Content validation was performed using the Delphi technique, and Cronbach’s alpha coefficient was calculated to assess internal consistency.

Results: In the first validation round, consensus among evaluators on item adequacy ranged from 85.72% to 100%. Of the 17 items, 70.5% achieved 100% agreement, 23.5% reached 92.86%, and 5.8% registered 85.72%. All items were rated as “very important” or “important” on the Likert scale, and Cronbach’s alpha indicated satisfactory internal consistency (0.74).

Conclusion: The application enables quick and accurate suicide risk assessment, allowing for timely and proportional preventive interventions based on the severity of the case. This tool contributes to improving the screening and follow-up of vulnerable patients, promoting an integrated and efficient approach to mental health care.

Keywords: Suicide, Suicide Attempt, Primary Health Care, Validation Study, Mobile Applications, Family Practice

LISTA DE SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
APS	Atenção Primária a Saúde
CHD	Classificação Hierárquica Descendente
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
FGV	Fundação Getúlio Vargas
GBD	Global Burden of Disease
IOS	Sistema Operacional da Apple
OMS	Organização Mundial da Saúde
RQE	Registro de Qualificação de Especialista
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UCE	Unidade de Contexto Inicial
UCI	Unidades de Contexto Elementar

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Fluxograma dos resultados das buscas por banco de dados, análise e seleção dos artigos, segundo as recomendações PRISMA 2009.

FIGURA 2 - Nuvem de palavras fornecidas pelo IRAMUTEQ

FIGURA 3 - Dendograma das classes fornecidas pelo IRAMUTEQ

FIGURA 4 - Dendograma com a porcentagem de UCE em cada classe e palavras com maior qui-quadrado (X2) fornecidas pelo IRAMUTEQ

FIGURA 5 - Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente com as partições e conteúdo do corpus da pesquisa

FIGURA 6 - Design do logotipo do aplicativo “SalvaVida”

FIGURA 7 - Layout da tela de entrada do aplicativo “SalvaVida”

FIGURA 8 - Questionário “SalvaVida”

FIGURA 9 - Exemplo de possibilidades de novas opções e funções que poderão ser implementadas futuramente no aplicativo “SalvaVida” – orientações sobre o manejo do paciente suicida conforme a classificação do risco.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Definições segundo as Diretrizes Brasileiras para a abordagem do comportamento suicida da ABP, 2021.

TABELA 2 - Definições segundo o artigo UpToDate sobre ideação e comportamento suicida em adultos, 2023.

TABELA 3 - Lista de instrumentos utilizados para avalição de medidas relacionadas ao suicídio segundo o estudo de revisão de Batterham et al (2015).

TABELA 4 - Lista de instrumentos utilizados por profissionais de saúde para avaliar e prevenir o risco de suicídio segundo o estudo de revisão de Andreotti et al (2020).

TABELA 5 - Escalas para avaliação do comportamento suicida sugeridas pelas Diretrizes Brasileiras para a Abordagem do Comportamento Suicida da ABP (2021)

TABELA 6 - Distribuição das publicações de acordo com os descritores.

TABELA 7 - Resultado da pesquisa de acordo com o descritor "Scale" AND "Suicide".

TABELA 8 - Resultado da pesquisa integrativa de acordo com o descritor "Evaluation" AND "Suicide".

TABELA 9 - Resultado da pesquisa integrativa de acordo com o descritor "Questionnare" AND "Suicide".

TABELA 10 - Resultado da pesquisa integrativa de acordo com o descritor "Instrument" AND "Suicide".

TABELA 11 - Lista de instrumentos identificados nos estudos selecionados da revisão integrativa da literatura, utilizados para avalição e manejo do paciente suicida (2019-2024)

TABELA 12 - Lista de instrumentos selecionados do estudo de revisão de Batterham et al (2015)

TABELA 13 - Lista de instrumentos selecionados do estudo de revisão de Andreotti et al (2020)

TABELA 14 - Lista de instrumentos selecionados da revisão integrativa utilizados para avaliação e manejo do paciente suicida (2019-2024)

TABELA 15 - Lista final dos 22 instrumentos selecionados para a análise.

TABELA 16 - Primeira versão do instrumento de avaliação do risco de suicídio

TABELA 17 - Variáveis sociodemográficas e de formação dos profissionais participantes como juízes.

TABELA 18 - Avaliação dos 14 juízes do conteúdo dos itens do questionário “SalvaVida”.

DEDICATÓRIA

Dedico esta dissertação aos meus pais, Telmo e Cleonice, cuja presença amorosa e firme sempre guiou meu caminho. A vocês, que me ensinaram pelo exemplo o verdadeiro significado de amor, caráter, dedicação e fé. Obrigado por cada gesto de carinho, cada palavra de orientação, cada conselho e também por cada “puxão de orelha” necessário para me tornar uma pessoa melhor.

Vocês foram meus primeiros mestres, mostrando com a vida e com a profissão como devemos agir com ética, respeito e empatia. Agradeço por me ensinarem a importância de servir a Deus com o coração e de oferecer o melhor de mim ao próximo. Tudo o que conquistei tem um pouco de vocês, e o que sou hoje é fruto dos valores que me transmitiram.

A vocês, meu eterno e profundo obrigado. Que esta conquista seja também um reflexo de tudo o que me ensinaram e um pequeno retorno de todo o amor e apoio que sempre me deram.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus, o Criador e Mantenedor de todas as coisas, que é a fonte de todo conhecimento e sabedoria. A Ele, minha gratidão por me guiar, por me fortalecer nos momentos de dificuldade e por me conceder as oportunidades que possibilitaram minha formação acadêmica e profissional.

Aos meus pais, Cleonice e Telmo, pelo amor incondicional, por tantas vezes renunciarem a seus próprios desejos para me oferecer as oportunidades e os recursos necessários para que eu pudesse alcançar meus objetivos e sonhos. Sou eternamente grato por todo o apoio e por me ensinarem, desde cedo, o valor da perseverança e da dedicação.

À minha irmã, Dyone, minha parceira de vida, por estar ao meu lado em cada passo dessa jornada, sempre me incentivando e motivando a seguir em frente. Aos meus sobrinhos, Bernardo e Bruna, pelo carinho que enchem meus dias de alegria e tornam minha vida mais completa e feliz.

À minha namorada, Emily, pelo companheirismo diário, pelo carinho e pela ajuda fundamental em momentos cruciais deste trabalho. Sua presença tornou essa caminhada mais leve e significativa.

À minha orientadora, Professora Carla Avelar, por acreditar em meu projeto e por todas as orientações e sugestões que contribuíram para que ele se tornasse realidade. Agradeço sua dedicação, paciência e o conhecimento compartilhado ao longo dessa jornada, que foram essenciais para o desenvolvimento deste trabalho.

"*Quanto ao mais, irmãos, tudo o que é verdadeiro, tudo o que é honesto, tudo o que é justo, tudo o que é puro, tudo o que é amável, tudo o que é de boa fama, se há alguma virtude, e se há algum louvor, nisso pensai*." Filipenses 4:8

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 12
2. JUSTIFICATIVA 15
3. OBJETIVOS 17
3.1. OBJETIVO GERAL 17
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS 17
4. REFERENCIAL TEÓRICO 18
4.1. DEFINIÇÕES 18
4.2. FATORES DE RISCO 19
4.2.1. Tentativas prévias de suicídio 19
4.2.2. Transtornos psiquiátricos 20
4.2.3. Estado civil 20
4.2.4. Preferência sexual 20
4.2.5. Condições médicas gerais 21
4.2.6. Adversidades na infância 21
4.2.7. Histórico familiar e genética 21
4.2.8. Residência rural 21
4.2.9. Armas de fogo 21
4.2.10. Cobertura da Mídia 22
4.2.11. Outros fatores 22
4.3. FATORES DE PROTEÇÃO 23
5. METODOLOGIA 23
5.1. TIPO DE ESTUDO 23
5.2. REVISÃO DA LITERATURA 23
5.3. SELEÇÃO E ANÁLISE DOS INSTRUMENTOS 46
5.4. ANÁLISE PELO IRAMUTEQ 50
5.5. ELABORAÇÃO DO QUESTIONÁRIO E CONSTRUÇÃO DO APLICATIVO 55
5.5.1. Ação preventiva 56
5.5.2. Sensação de segurança 56
5.5.3. Simplicidade e clareza 56
5.5.4. Compromisso emocional 56
5.6. ETAPA DE VALIDAÇÃO 61
5.6.1. Etapas de rodadas 62
5.6.2. Definição do consenso 63
6. RESULTADOS 64
7. DISCUSSÃO 66
8. CONCLUSÃO 69
REFERÊNCIAS 70
ANEXO 1 79

1. INTRODUÇÃO

O suicídio é uma questão profundamente complexa e de alcance global que transcende fronteiras geográficas, culturais e sociais. Em um mundo onde a saúde mental se torna cada vez mais central nas discussões sobre bem-estar, compreender e enfrentar o fenômeno do suicídio torna-se uma necessidade urgente. É um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo (Corrêa, 2022).

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), ocorrem anualmente cerca de 800 mil mortes por suicídio, das quais aproximadamente 80% dos casos registrados em países de média e baixa renda (OMS, 2019). Em 2019, o estudo *Global Burden of Disease* (GBD) apontou que o suicídio é a 12ª causa de mortalidade prematura no mundo e a 2ª principal causa de morte entre os jovens de 15 a 29 anos de idade (IHME, 2019). Apesar do grande número de suicídios na população mundial, sabe-se que as mortes por suicídio são subestimadas e figuram apenas uma fração de todos os comportamentos suicidas. Calcula-se que para cada morte haja pelo menos 20 tentativas de suicídio (OMS, 2019).

Durante a pandemia da COVID-19, as medidas prioritárias para conter a propagação do novo coronavírus tiveram o efeito de intensificar os fatores de risco associados à ideação suicida, em virtude da redução da capacidade de lidar emocionalmente com a crise sanitária global. Indivíduos portadores de doenças crônicas debilitantes e com diagnósticos de transtornos mentais preexistentes, como transtorno depressivo maior e esquizofrenia, os quais frequentemente apresentam agravamento em condições de isolamento social, tornaram-se mais suscetíveis à ideação suicida. As repercussões da pandemia têm um impacto iminente nas economias, estruturas sociais e sistemas de saúde, e evidências científicas destacam uma correlação significativa entre as ramificações da pandemia da COVID-19 e o aumento nas taxas de suicídio (Silva, 2022).

No Brasil, as taxas de suicídios fazem com que o país ocupe a 8ª posição no mundo em número de mortes. O risco de suicídio é maior entre indivíduos do sexo masculino, apesar dos índices de planejamento e tentativas serem maiores no sexo feminino (Ribeiro et al, 2021). Entre 2010 e 2019, mais de 110 mil suicídios foram registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Só em 2019, ocorreram 13.523 mortes, ou 6,9 mortes por 100 mil habitantes. Isto representa

aproximadamente um terço da taxa estimada de suicídio na América Latina e 1,8% da taxa global de suicídio no mesmo ano (IHME, 2019).

O acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS, que são caracterizadas pela: atenção primária, atenção de urgência e emergência, atenção psicossocial e atenção especial de acesso aberto (Brasil, 2011).

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a Porta de Entrada preferencial dos usuários nos serviços de saúde do SUS, e por isso esse ambiente passa a exercer um papel crucial na identificação, no manejo e na prevenção do comportamento suicida. A APS possui uma posição estratégica em comparação aos demais serviços de saúde, uma vez que está intimamente inserida no território, possuindo amplo acesso e construindo um vínculo com seus pacientes, o que contribui na elaboração de estratégias de prevenção que atenda às verdadeiras necessidades da população (Ferreira, 2018).

Revisões sistemáticas sugerem que os profissionais da saúde que atuam na APS interagem com bastante frequência com pacientes suicidas, e por isso estão em uma posição que pode ser decisiva para prevenir o suicídio. Os dados dos estudos avaliados mostraram que aproximadamente 80% dos pacientes que cometeram suicídio consultaram médicos na APS, enquanto apenas 25-30% tiveram contato com médicos psiquiatras dentro do ano da sua morte. (Walby; Myhre; Kildahl, 2018; Schreiber; Culpepper, 2023). A equipe da atenção básica à saúde tem a função de reconhecer, avaliar os pacientes com risco de suicídio, realizar os encaminhamentos necessários para a rede de saúde mental, além de acompanhar o usuário na rede de atenção à saúde, promovendo um cuidado longitudinal e integral desse indivíduo (Ribeiro, 2021).

Apesar da escassez de dados sobre a triagem de rotina para o suicídio e a redução da mortalidade, assim como dificuldade de prever com alto grau de sensibilidade e especificidade quais pacientes com pensamentos suicidas irão tentar o suicídio, os médicos que atuam na APS estão em contato diário com uma grande parte dos pacientes que morre por suicídio (Heron, 2021)

A tarefa de avaliar o risco de suicídio de um determinado indivíduo é muitas vezes realizado de forma subjetiva. Essa realidade mostra a necessidade de uma abordagem para detecção dos casos baseada em fatores de risco, da sensibilidade dos profissionais a situações de alto risco em pacientes deprimidos e da avaliação da ideação e comportamento suicida em pacientes sendo tratados para depressão.

Essas condutas são apropriadas no ambiente de cuidados primários e podem revelar pacientes que tornam sua intenção conhecida e são passíveis de intervenção. (Heron, 2021)

O manejo do comportamento suicida apresenta-se como um desafio que demandará abordagens sistêmicas, incorporando estratégias de saúde pública e a identificação de indivíduos em risco. É necessário implementar intervenções eficazes, tanto no suporte contínuo às pessoas com propensão ao suicídio quanto na assistência aos sobreviventes e àqueles que vivenciam o luto decorrente de uma perda por suicídio (Larsen, 2015).

Nesse contexto, especialistas no âmbito do suicídio e da sua prevenção argumentam que as deficiências nos serviços de saúde podem ser superadas por meio dos progressos tecnológicos. Além disso, destacam a importância de conduzir pesquisas mais aprofundadas sobre o tema, visando compreender as melhores práticas para prevenção e, assim, potencialmente salvar mais vidas (Barbosa, 2020).

As tecnologias na área da saúde representam métodos promissores, com a capacidade de orientar práticas assistenciais e educativas. Elas favorecem o acolhimento, o planejamento de cuidados, a definição de condutas clínicas, o monitoramento de condições de risco e a avaliação de resultados e desempenhos. Estas tecnologias consistem em produtos ou processos que possibilitam o engajamento dos profissionais, resultando na expansão de conhecimentos, atitudes e habilidades. Isso contribui para a otimização do processo de trabalho e a melhoria da qualidade do serviço prestado. (Kilbourne, 2018, Yancey, 2018). Os recursos digitais podem ser expressos por aplicativos móveis, plataformas e sistemas operacionais, ganhando destaque nos serviços de saúde devido às suas capacidades de alcançar um público mais amplo. Além disso, eles despertam o interesse profissional e facilitam a gestão ágil e organizada da assistência. Esses recursos são considerados indicadores de qualidade, processos e resultados na área da saúde (BÁO, 2019).

2. JUSTIFICATIVA

Diante de minha experiência atuando como Médico de Família em um município do estado do Pará entre os anos de 2019 e 2021, foi possível observar a grande demanda de pacientes com queixas relacionadas a saúde mental, dentre elas pacientes diferentes transtornos, com potencial de evoluir com pensamentos de morte e risco de suicídio. E este cenário se tornou mais evidente no contexto da pandemia da COVID-19.

Devido ao fato de que o tratamento de saúde mental nem sempre é procurado, a descoberta da melhor maneira de identificar as pessoas em risco de comportamento suicida constitui um grande obstáculo para o campo da prevenção (Rocha et al., 2020). O tipo de contato mais comum ocorre em ambulatórios, reforçando a importância de projetar e integrar estratégias de prevenção do suicídio no atendimento clínico de rotina, e não apenas em ambientes de alto risco ou cuidados agudos (Tait, Michail, 2014).

Os clínicos gerais frequentemente não identificam e tratam fatores de risco como a depressão, e a automutilação em jovens é subestimada ou não reconhecida. É crucial reconhecer o papel significativo dos médicos generalistas na investigação de problemas de saúde mental e na prevenção do suicídio. (Corrêa, 2022). Os médicos da APS no SUS têm vantagens na prevenção do suicídio, como acolhimento, criação de vínculo, acompanhamento regular, visitas domiciliares e ativação de fatores de proteção. No entanto, muitos ainda se sentem incapazes e desamparados para manejar adequadamente seus pacientes. (Ribeiro et al, 2021). As dificuldades incluem falta de conhecimento sobre suicídio e intervenções eficazes, além de questões técnicas, emocionais, relacionais, comunicacionais e de abordagem familiar. (Rothes, Henriques, 2018). Evidências mostram que sinais de comportamento suicida em jovens frequentemente passam despercebidos e não são tratados pelos clínicos gerais, prejudicando pacientes, familiares e profissionais de saúde. (Tait, Michail, 2014).

Avaliação imediata e eficaz é primordial em casos de suicídio, visto que se trata de uma emergência médica. Para tanto, indica-se a realização de uma abordagem estruturada com ênfase nas informações essenciais (Baldaçara et al, 2019, 2020; Baldaçara, da Silva, 2021). O manejo de um paciente que pode ser suicida deveria incluir uma avaliação da ideação, plano, método e intenção.

Para auxiliar nas decisões e condutas, várias escalas padronizadas foram propostas para avaliar o risco de suicídio, mas nenhuma está associada a um alto valor preditivo para uso na prática clínica de rotina, tendo apenas valor complementar (Baldaçara et al, 2021). Um instrumento estruturado pode orientar o entrevistador a realizar as perguntas corretas, esclarecer respostas ambíguas ou contraditórias, permitir a detecção de fatores de risco e proteção e uma classificação inicial do risco.

No entanto, esses instrumentos são trabalhosos e raramente usados na prática clínica de rotina. Em vez disso, eles são geralmente reservados para avaliação e tratamento especializado, ou na metodologia de projetos de pesquisas. Por isso se torna necessário buscar formas e estratégias de inseri-los na realidade do consultório durante os atendimentos nos locais de Porta de Entrada no SUS (Schreiber; Culpepper, 2023)

Os dispositivos móveis e aplicativos têm o potencial de auxiliar no gerenciamento do risco de suicídio de várias maneiras, incluindo a realização de avaliações, a disponibilização de materiais educacionais, o acesso a informações e recursos de ajuda, a apresentação de planos de apoio, a prestação de assistência durante crises e o fornecimento de ferramentas de enfrentamento (Luxton, 2015).

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GERAL

Construir e validar de um instrumento para dispositivos móveis para avaliação do risco de suicídio voltado para a prática clínica de médicos que atuam nas portas de entrada do SUS.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar os instrumentos padronizados e validados na literatura científica sobre o manejo do paciente suicida.

Desenvolver um instrumento para uso por médicos não especialistas e/ou que atuam na Atenção Básica, visando melhorar a abordagem e o manejo de pacientes suicidas ou com fatores de risco, a fim de aprimorar a prevenção do risco de morte.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

4.1. DEFINIÇÕES

Segundo as Diretrizes Brasileiras para a abordagem do comportamento suicida da Associação Brasileira de Psiquiatria - ABP (2021), as definições e termos utilizados nesse tema podem ser altamente variáveis, imprecisos e sujeitos a mudanças frequentes, especialmente quando se trata de comportamento suicida que não resulta em morte e pensamentos suicidas. Os autores sugerem o uso de ideação suicida, comportamento suicida e suicídio como os termos preferidos segundo a TABELA 1.

TABELA 1. Definições segundo as Diretrizes Brasileiras para a abordagem do comportamento suicida da ABP, 2021.

Suicídio completo	Um comportamento autolesão que resultou em fatalidade e foi associado a pelo menos alguma intenção
Atos preparatórios para um comportamento suicida iminente ou plano suicida	O indivíduo toma medidas para ferir a si mesmo, mas é impedido por si mesmo ou por outros de iniciar o ato de autolesão antes que o potencial de dano tenha começado.
Tentativa de suicídio	Um comportamento de potencial autolesão associado a pelo menos alguma intenção de morrer, por causa do ato. Evidência de que o indivíduo pretendia matar se pelo menos até certo ponto pode ser explícita ou inferida a partir do comportamento ou da circunstância. Uma tentativa de suicídio pode ou não resultar em ferimentos reais.
Ideação suicida	Pensamentos passivos sobre querer estar morto ou pensamentos ativos sobre se matar, não acompanhados de comportamento preparatório.

Alguns autores aprofundam as definições e os termos relacionados ao suicídio, conforme apresentado na TABELA 2. Isso é evidenciado em um artigo recente do UpToDate sobre ideação e comportamento suicida em adultos (Schreiber, 2023).

TABELA 2. Definições segundo o artigo UpToDate sobre ideação e comportamento suicida em adultos, 2023.

Ideação suicida	Pensamentos sobre se matar; esses pensamentos podem incluir um plano.
Tentativa de suicídio	Comportamento autolesivo que tem a intenção de matar a pessoa, mas não é fatal.
Suicídio	Comportamento autolesivo com intenção de suicídio e que é fatal
Ameaça de suicídio	Pensamentos de envolvimento em comportamento autolesivo que são verbalizados e pretendia levar os outros a pensar que alguém quer morrer, apesar de não ter intenção de morrer (por exemplo, “Se você me deixar, eu me matarei”).
Gesto suicida	Comportamento autolesivo que visa levar os outros a pensar que alguém quer morrer, apesar de não ter intenção de morrer.
Pensamentos autolesivos não suicidas	Pensamentos de envolvimento em comportamento autolesivo caracterizado pela destruição deliberada de tecido corporal na ausência de qualquer intenção morrer e para fins que não são socialmente sancionados.
Autolesão não suicida	Comportamento autolesivo caracterizado pela ação deliberada destruição de tecido corporal na ausência de qualquer intenção de morrer e para fins que são não sancionado socialmente.

4.2. FATORES DE RISCO

Os fatores de risco associados ao comportamento suicida são elementos ou circunstâncias que aumentam a probabilidade de uma pessoa desenvolver pensamentos ou ações suicidas. Esses fatores envolvem uma complexa interação de aspectos biológicos, psicológicos, sociais e ambientais, que podem se manifestar de forma isolada ou combinada, contribuindo para um risco elevado de comportamento suicida (Corrêa, 2022).

4.2.1. **Tentativas prévias de suicídio** – Estima-se que existam de 10 a 40 tentativas de suicídio não fatais para cada suicídio consumado, sendo o histórico prévio de tentativa o fator isolado mais forte para prever suicídio. O risco de suicídio entre sobreviventes de tentativas é cerca de 100 vezes maior que na população geral.

Esse risco é particularmente alto em pacientes com esquizofrenia, depressão unipolar e transtorno bipolar (Goldsmith, 2002).

4.2.2. **Transtornos psiquiátricos** – Mais de 90% dos pacientes que tentam suicídio têm algum diagnóstico psiquiátrico, e 95% dos suicídios consumados ocorrem em indivíduos com transtorno psiquiátrico (Haukka et al, 2008). A gravidade desses transtornos influencia o risco: pacientes com internação por ideação suicida têm risco vitalício de 8,6% de cometer suicídio, enquanto o risco é de 4% para internações por transtornos afetivos sem ideação suicida, 2,2% para pacientes psiquiátricos ambulatoriais, e abaixo de 0,5% na população geral (Bostwick, 2000). Pacientes com múltiplas comorbidades psiquiátricas estão em maior risco do que aqueles com apenas depressão ou ansiedade. Os suicídios tendem a ocorrer com mais frequência logo após a alta de uma internação psiquiátrica, com 41% das vítimas tendo sido internadas no último ano e até 9% se suicidando no dia da alta (Keller, 1995; Pirkis,1998).

Os transtornos mais associados ao suicídio incluem depressão, transtorno bipolar, abuso de substâncias, esquizofrenia, transtornos de personalidade, transtornos de ansiedade e transtornos de estresse pós-traumático. Transtornos de ansiedade mais que dobram o risco de tentativa, e a combinação de ansiedade e depressão aumenta significativamente esse risco. Além disso, sintomas psicóticos, como delírios, alucinações auditivas de comando e paranoia, elevam o risco de suicídio independentemente do diagnóstico (Sareen et al, 2005; Bolton et al, 2008).

4.2.3. **Estado civil** – o suicídio ocorre com mais frequência entre pessoas não casadas do que entre casadas. Uma metanálise de 36 estudos (n > 100.000.000) ajustada para fatores de confusão mostrou que o risco de suicídio é quase duas vezes maior entre pessoas não casadas em comparação com as. Análises específicas indicaram que esse risco elevado é semelhante para solteiros, divorciados e viúvos, em comparação com pessoas casadas, embora haja grande heterogeneidade entre os estudos. Os autores sugerem que o casamento pode aumentar a integração social e o propósito na vida (Kyung et al, 2018).

4.2.4. **Preferência sexual** – está associada a um aumento no risco de ideação e comportamento suicida em minorias sexuais. Uma metanálise mostrou que a proporção de tentativas de suicídio nos últimos 12 meses foi de aproximadamente duas a três vezes maior entre pessoas bissexuais (16%) e gays ou lésbicas (11%) em comparação a heterossexuais (6%). Além disso, o risco de tentativas de suicídio ao

longo da vida foi cerca de quatro vezes maior entre minorias sexuais em relação a pessoas heterossexuais (Salway et al, 2018).

4.2.5. **Condições médicas gerais** – O risco de suicídio aumenta em casos de diversas doenças médicas gerais, incluindo asma, câncer, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), doença arterial coronariana, diabetes, distúrbios na coluna, AVC, cirurgias recentes e doenças crônicas ou terminais (Crump et al., 2014). A dor crônica também é comum entre indivíduos que cometem suicídio, sendo as mais associadas ao risco as dores nas costas, oncológicas e artríticas. Fatores psicológicos, como a sensação de desamparo e o desejo de escapar da dor, são determinantes importantes que contribuem para o aumento desse risco (Campbell et al., 2015).

4.2.6. **Adversidades na infância** – O risco de tentativas de suicídio é de duas a quatro vezes maior em adultos que sofreram abusos ou outras experiências adversas durante a infância. Pesquisas mostram que as tentativas de suicídio são quase duas vezes mais frequentes entre adultos que vivenciaram abuso sexual na infância em comparação com aqueles que não foram abusados, assim como entre aqueles com histórico de abusos físicos, emocionais e negligência (Devries et al., 2014; Zatti et al., 2017).

4.2.7. **Histórico familiar e genética** – O risco de suicídio aumenta em indivíduos com histórico familiar de suicídio. Por exemplo, um estudo de registro nacional constatou que, se um dos irmãos morresse por suicídio, o risco para os outros irmãos aumentava, com uma razão de chances de 3 para mulheres e 2 para homens. A hereditariedade do suicídio é estimada entre 30% e 50% e ainda não está claro se a influência genética está mais relacionada ao transtorno psiquiátrico subjacente ou ao ato de suicídio em si (QIN, 2002).

4.2.8. **Residência rural** – viver longe dos centros urbanos parece aumentar o risco de suicídio. Um estudo que analisou dados de 2013 a 2015 classificou os níveis de urbanização em três categorias: metrópoles grandes (≥1 milhão de habitantes), metrópoles médias/pequenas (≥50.000, mas <1 milhão de habitantes) e áreas rurais (<50.000 habitantes). Os resultados mostraram um padrão nas taxas de suicídio por 100.000 habitantes de acordo com o nível de urbanização, com os maiores índices nas áreas rurais: grandes áreas metropolitanas apresentaram uma taxa de 13, áreas metropolitanas médias/pequenas 17, e áreas rurais 20 (Rubin, 2017).

4.2.9. **Armas de fogo** – A letalidade do método utilizado está diretamente relacionada ao risco de consumar o suicídio. Nos Estados Unidos, onde o acesso a

armas de fogo é garantido pela constituição, o suicídio é frequentemente associado ao uso dessas armas. Anualmente, mais de 20.000 suicídios por arma de fogo ocorrem no país, com uma prevalência estimada de 6 a 10 casos por 100.000 indivíduos. Para aqueles que residem em lares com armas e apresentam maior risco de comportamento suicida, é recomendado remover as armas ou restringir o acesso a elas, armazenando-as trancadas, descarregadas e separadas da munição. Diversos estudos indicam que limitar o acesso às armas pode reduzir significativamente o risco de suicídios por arma de fogo. Além disso, legislações que impõem restrições ao acesso a armas estão associadas a uma diminuição nos suicídios por esse meio, sem que haja um aumento nos métodos alternativos (Kaufman, 2018).

4.2.10. **Cobertura da Mídia** – Relatos na mídia sobre suicídios podem estar associados a um aumento nas taxas de suicídio na população geral. Estudos mostram que reportagens gerais sobre suicídios não influenciam as taxas de mortalidade, mas, após a cobertura de suicídios de celebridades, o risco de suicídio aumenta. Além disso, reportagens que detalham o método utilizado (como enforcamento) estão ligadas a um aumento de suicídios pelo mesmo método. Especialistas recomendam que as coberturas midiáticas sobre suicídio sigam diretrizes de responsabilidade, evitando sensacionalismo e a divulgação dos métodos utilizados (Niederkrotenthaler, 2020).

4.2.11. **Outros fatores** – O risco de suicídio é mais elevado entre pessoas que vivem sozinhas, que perderam um ente querido ou que enfrentaram um relacionamento fracassado no último ano. Aniversários de perdas significativas também representam períodos de risco aumentado. Entre os viúvos, o risco de suicídio é maior na primeira semana após a perda, diminuindo rapidamente nos meses seguintes, mas ainda se mantendo elevado durante o primeiro ano. A falta de moradia, especialmente entre indivíduos com transtornos psiquiátricos, contribui significativamente para o aumento desse risco. Além disso, fatores sociopolíticos, culturais e econômicos podem influenciar as taxas de suicídio em certas populações. A violência e a coerção política estão associadas a essas taxas, assim como crises econômicas, desemprego e estresse financeiro. Indivíduos com pontuações mais baixas em testes de inteligência também apresentam um risco maior de suicídio. Por fim, o aumento da idade paterna, que pode estar relacionado a um maior número de mutações genéticas durante a espermatogênese, pode elevar o risco de tentativas de suicídio nos filhos (Schreiber, 2023).

4.3. FATORES DE PROTEÇÃO

Os fatores de proteção são características ou circunstâncias que contribuem para a redução do risco de suicídio. É razoável supor que, ao evitar fatores de risco e oferecer suporte e tratamento para condições associadas ao suicídio, o risco possa ser significativamente diminuído. O apoio social e a conexão familiar atuam como fatores protetores contra o suicídio, enquanto a discórdia familiar tende a aumentar esse risco. A gravidez e a parentalidade, especialmente entre as mães, também estão associadas a uma diminuição do risco de suicídio. Além disso, a religiosidade e a participação em atividades religiosas estão correlacionadas a um menor risco de suicídio (Stack, 1991; Qin, 2003; Kleiman, 2013).

5. METODOLOGIA

5.1. TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo metodológico, de produção tecnológica, que segundo Polit e Beck (2011) tratam do desenvolvimento, da validação e da avaliação de ferramentas e métodos de pesquisa.

5.2. REVISÃO DA LITERATURA

Duas revisões sistemáticas serviram como base inicial para triagem e seleção de instrumentos clínicos já validados para avaliar os transtornos mentais e/ou o risco de suicídio. A primeira de Batterham e colaboradores (2015) teve como objetivo identificar instrumentos utilizados para avalição de medidas relacionadas ao suicídio em estudos populacionais. O foco da revisão estava em medidas que avaliavam o nível de gravidade dos pensamentos e comportamentos suicidas. Foi realizada uma busca na literatura usando os bancos de dados MEDLINE e o PsycINFO por artigos entre o período de 1806 a agosto de 2013. Os seguintes descritores foram usados: (suicide* or “self harm”) AND (scale or screen* or validat* or validity or detect* or psychomet*) AND (self-report or self-rat* or questionnaire* or epidemiology* or survey) AND (symptom* or disorder). Inicialmente foram encontrados 3740 artigos, que após a remoção dos que estavam duplicados e que não se enquadravam nos critérios de elegibilidade definido pelos autores, 80 ferramentas usadas para avaliar pensamentos

e comportamentos suicida. Entretanto 61 foram eliminadas por não estarem em inglês, com 19 restantes selecionados para a revisão conforme mostra a TABELA 3.

TABELA 3. Lista de instrumentos utilizados para avalição de medidas relacionadas ao suicídio segundo o estudo de revisão de Batterham et al (2015).

Instrumento de avaliação	Itens	Ano
1. Adult Suicidal Ideation Questionnaire (ASIQ)	25	1991
2. Beck Scale for Suicidal Ideation (BSI)	21	1991
3. Concise Health Risck Tracking Scale (CHRT-SR)	7	2011
4. Firestone Assessment of Self-Destructive Thoughts (FAST)	84	1996
5. Harkavy-Asnis Suicide Scale (HASS)	16 ou 21[a]	1989
6. Invetory of Depression and Anxiety Symptoms (IDAS)	6	2007
7. Positive and Negative Suicide Ideation Inventory (PANSI)	14	1998
8. Suicidal Ideation Scale (SIS) - Rudd	10	1989
9. Suicide Risk Scale (SRS)	24	1989
10. Sheehan Suicide Tracking Scale (S-STS)	11	2009
11. Suicide Probability Scale (SPS)	36	1988
12. Yale Evaluation of Suicidality (YES)	14	2004
13. Depressive Symptom Index Suicidality Subscale (DIS-SS)	4	1996
14. General Health Questionnaire Suicide Subscale (GHQ-28)	4	2001
15. P4 Screnner	4	2010
16. Psychiatric Symptom Frequency Scale (PSF)	4	1997
17. Suicidal Behaviors Questionnaire - Revides (SBQ-R)	4	2001
18. Suicidal Ideation Attributes Scale (SIDAS)	5	2013
19. Self-Monitoring Suicide Ideation Scale (SMSIS)	3	1993

[a] Existem três sessões que podem ser usadas de forma independente: HASS-DEMO com 16 itens e a HASS-I/HASS-II com 21 itens.

A segunda revisão sistemática foi realizada por Andreotti e colaboradores (2020) teve como objetivo investigar quais instrumentos são mais usados por profissionais de saúde para avaliar o risco de suicídio e sua acessibilidade. Em fevereiro de 2018, a busca na literatura foi feita no banco de dados PubMed MEDLINE por artigos pulicados entre o período de 2008 e 2018. Foram utilizadas as recomendações do fluxograma PRISMA com os seguintes descritores: “scale AND suicide,” “evaluation AND suicide,” “questionnaire AND suicide”. Foram encontrados 14.924 artigos e que após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão definido pelos autores, o número foi reduzido para 206, sendo identificados 20 instrumentos usados para avaliar e previr o risco de suicídio como mostra a TABELA 4.

TABELA 4. Lista de instrumentos utilizados por profissionais de saúde para avaliar e prevenir o risco de suicídio segundo o estudo de revisão de Andreotti et al (2020).

Instrumento de avaliação	Nº de menções
1. Beck Scale for Suicidal Ideation (BSI)	13/206 (6.31%)
2. The Columbia-Suicide Severity Rating (C-SSRS)	9/206 (4.36%)
3. Beck Suicidal Intent Scale (SIS)	3/206 (1.5%)
4. Paykel Suicide Scale	2/206 (0.97%)
5. Suicidal Ideation Questionnaire-Junior (SIQ-JR)	2/206 (0.97%)
6. Beck Suicide Scale - worst ever version (BSSw)	2/206 (0.97%)
7. Suicidal ideation Questionnaire (SIQ)	2/206 (0.97%)
8. MINI - International Neuropsychiatric Interview	2/206 (0.97%)
9. ASQ - Ask Suicide-Screening Questions	1/206 (0.49%)
10. Scale of Public Attitudes about Suicide (SPAS)	1/206 (0.49%)
11. Risk of Suicide Questionnaire - revised (RSQ-R)	1/206 (0.49%)
12. Risk of Suicide Questionnaire (RSQ)	1/206 (0.49%)
13. Suicide Score Scale (SSS)	1/206 (0.49%)
14. Suicide Opinion Questionnaire (SOQ)	1/206 (0.49%)
15. WMH Composite Internation Dianostic Interview (WMH-CIDI)	1/206 (0.49%)
16. Intersept Suicide Scale (ISST)	1/206 (0.49%)
17. Pluchink Suicide Risk Scale	1/206 (0.49%)
18. Chinese shortened version of the SIS (C-SIS)	1/206 (0.49%)
19. Harkavy-Asnis Suicide Scale (HASS)	1/206 (0.49%)
20. Suicide Probability Scale (SPS)	1/206 (0.49%)

Essas duas revisões tentaram cobrir um período de mais de 200 anos (1806-2018) de publicações na busca por estudos que mencionassem instrumentos relacionados a avaliação, triagem, manejo e outros aspectos relacionados aos cuidados do paciente com risco de suicídio.

Outro importante trabalho sobre o gerenciamento de pacientes com comportamento suicida foi realizado no Brasil pelo Comitê de Emergências Psiquiátricas da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e publicado em 2021 nas Diretrizes Brasileiras para a Abordagem do Comportamento Suicida. Para o desenvolvimento das diretrizes, foi realizada uma revisão nos bancos dados MEDLINE (PubMed), Cochrane Database of Systematic Review, Web of Science e Scielo de 1997 a 2020, em língua inglesa ou portuguesa. Foram utilizados os descritores “suicídio" ou "comportamento suicida " e "fatores de risco" ou "fatores de proteção" ou "avaliação". As diretrizes sugerem 8 escalas para complementar a avaliação do paciente com comportamento suicida e seguem listadas na TABELA 5.

TABELA 5. Escalas para avaliação do comportamento suicida sugeridas pelas Diretrizes Brasileiras para a Abordagem do Comportamento Suicida da ABP (2021)

Escalas de avaliação	Nível de evidência
1. PHQ-9	3
2. SAD PERSONS Scale	2
3. MSHR - Mancherter Self-Harm Rule	2
4. ERRS - Early Recollection Rating Scales	3
5. ReACT - Recent self-harm in the past	3
6. SOS-4 - Sodersjunkhuset self-harm rule	2
7. BHS - Beck Hopelessness Scale	3
8. SSI-W - Scale for Suicide Ideation-Worst	3

Para contemplar o período de 2019 até março de 2024, foi realizada uma revisão integrativa da literatura dívida em seis etapas: 1) seleção da questão de pesquisa; 2) busca na literatura; 3) categorização de dados e estabelecimento de critérios para a inclusão e a exclusão de estudos; 4) análise dos estudos incluídos na revisão; 5) interpretação e síntese dos resultados; 6) apresentação da revisão. Essa abordagem combinada de pesquisa bibliográfica e integrativa é essencial no ambiente acadêmico, permitindo ao pesquisador explorar diversas perspectivas relacionadas às áreas de estudo e contribuindo significativamente para o progresso científico (Batista, Kumada, 2021; Ribeiro, 2014).

Para o desenvolvimento da pesquisa e do aplicativo móvel, buscou-se verificar: quais os instrumentos mencionados na literatura científica usados para avaliação e manejo de pacientes suicidas?

A revisão integrativa da literatura foi efetuada junto as bases de dados MEDLINE® (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online), PubMed (Public Medline) e Web of Science. Utilizaram-se como estratégia de busca os descritores controlados combinados com operadores booleanos: "Scale" AND "Suicide", "Evaluation" AND "Suicide", "Questionnaire" AND "Suicide" e "Instrument" AND "Suicide".

Para seleção das publicações, foram adotados como critérios de inclusão: estudos que estivessem relacionadas à pergunta de pesquisa; publicações disponíveis na integra nos idiomas inglês, português e espanhol; publicados no período de janeiro de 2019 a março de 2024. Os estudos que não se enquadraram ou duplicados, após a leitura do resumo, foram excluídos.

A leitura dos títulos e dos resumos foi feita de forma independente pelo autor e por outro pesquisador na área, para assegurar que os textos contemplavam a

pergunta norteadora da revisão e atendiam aos critérios de inclusão estabelecidos. Em caso de dúvida a respeito da seleção, optou-se por incluir, inicialmente, a publicação e decidir sobre sua seleção somente após a leitura na íntegra de seu conteúdo. Todos os artigos selecionados foram lidos em duas etapas: 1) busca por aspectos relevantes para a avaliação e manejo do comportamento suicida e confirmação da inclusão no estudo; e 2) seleção do(s) instrumento(s) mencionado pelos autores da publicação usados para a avaliação e manejo do paciente com comportamento suicida.

Foram encontrados 167 artigos por meio da busca nas bases de dados, dos quais 94 foram excluídos por estarem duplicados ou por não atenderem os critérios de inclusão, resultando em uma amostra final de 73 artigos (Figura 1). A distribuição das publicações de acordo com os descritores é mostrada na TABELA 6.

Figura 1. Fluxograma dos resultados das buscas por banco de dados, análise e seleção dos artigos, segundo as recomendações PRISMA 2009.

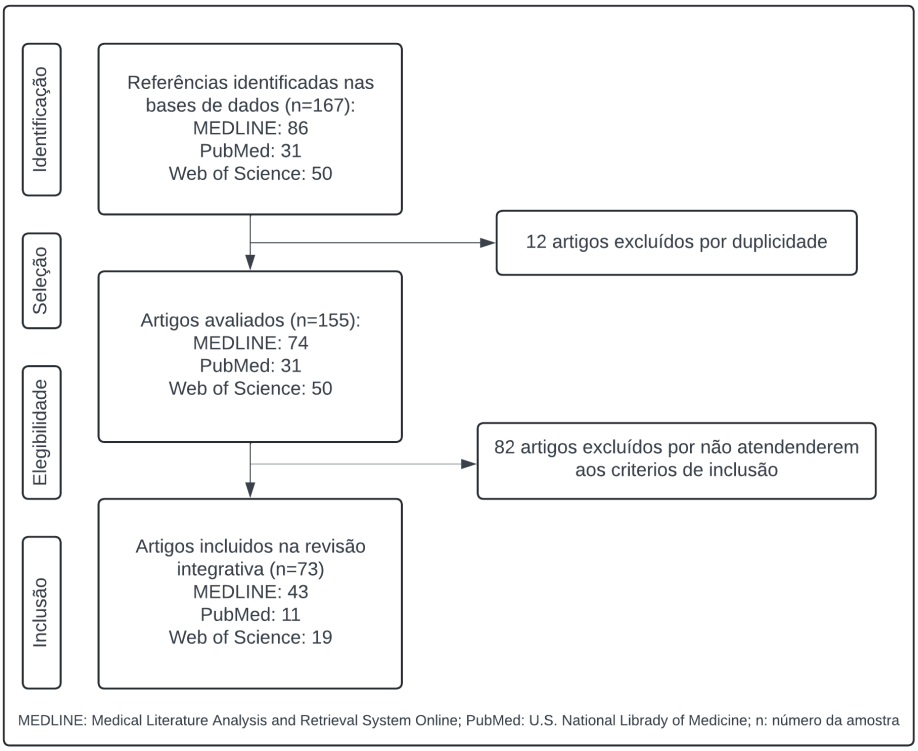


TABELA 6. Distribuição das publicações de acordo com os descritores.

	Scale AND Suicide	Evaluation AND Suicide	Questionnare AND Suicide	Instrument AND Suicide
Total de artigos	79	34	27	27
Excluídos	35	27	18	14
Incluídos	44	7	9	13

Fonte: Autor (2024)

Os estudos selecionados foram organizados de acordo com os descritores nas TABELAS 7, 8, 9 e 10 facilitando a identificação conforme as bases de dados utilizadas na pesquisa. Após a leitura dos artigos selecionados foram identificados 50 instrumentos, entre escalas e questionários, usados para a avaliação e manejo do paciente suicida (TABELA 11).

TABELA 7. Resultado da pesquisa de acordo com o descritor "Scale" AND "Suicide".

Descritor 1: Scale AND Suicide				
Medline				
Título	**Autor**	**Ano**	**Metodologia**	**Escala**
A Test of the Interpersonal Theory of Suicide in College Students	Becker *et al.*	2020	Este estudo foi aprovado pelo Institutional Review Board (IRB) de cada instituição. Os alunos matriculados em cursos introdutórios de psicologia puderam participar de um estudo de pesquisa para cumprir um requisito do curso. Os alunos puderam escolher entre vários estudos e optar por participar deste estudo se tivessem 18 anos de idade. Os participantes de cada instituição responderam anonimamente à pesquisa na Qualtrics e receberam créditos de curso pela participação.	▪ Escala de Capacidade Adquirida para o Suicídio (ACSS-FAD); ▪ Questionário de Comportamentos Suicidas– Revisado (SBQ-R)
Suicidal ideation is insensitive to suicide risk after emergency department discharge: Performance characteristics of the Columbia-Suicide Severity Rating Scale Screener	Simpson *et al*.	2020	Triagem de dados do primeiro atendimento de pacientes adultos no pronto-socorro durante um período de 27 meses.	▪ Escala de Avaliação de Gravidade de Suicídio de Columbia (C-SSRS).
Assessing suicidal thoughts and behaviors and nonsuicidal self-injury in autistic and non-autistic early adolescents using the Columbia Suicide Severity Rating Scale	Schwartzman *et al.*	2023	A Escala de Avaliação de Gravidade de Suicídio de Columbia foi empregada para avaliar pensamentos e comportamentos suicidas e autolesões não suicidas em 239 adolescentes precoces (10:0-13:9 anos) sem deficiência intelectual, dos quais 138 jovens eram autistas.	▪ Escala de Avaliação de Gravidade de Suicídio de Columbia (C-SSRS).
Description of suicide ideation among older adults and a psychological profile: a cross-sectional study in Turkey	Murat *et al.*	2019	Neste estudo, os participantes foram pacientes com sintomas psiquiátricos que foram internados sequencialmente na Clínica de Psiquiatria do Rize Education and Research Hospital de 3 de janeiro de 2012 a 3 de janeiro de 2013.	▪ Escala de Ideação Suicida de Beck (SIS); ▪ Inventário de Razões para Viver (RLI); ▪ Escala de Desesperança de Beck (BHS).

(Continua)

Descritor 1: Scale AND Suicide				
Medline				
Título	**Autor**	**Ano**	**Metodologia**	**Escala**
Detecting suicidal risk using MMPI-2 based on machine learning algorithm	Sunhae *et al.*	2021	Este estudo utilizou parte do conjunto de dados do questionário de um exame de saúde estudantil realizado na Universidade Nacional de Kongju37. O consentimento por escrito foi obtido após explicar o objetivo da pesquisa a todos os sujeitos. O estudo analisou as respostas dadas por 7.824 (3.685 homens, 4.139 mulheres) participantes de um total de 8.772, excluindo 948 participantes (919 participantes que não fizeram o MINI suicídio, 8 participantes com 10 ou mais não conseguem dizer pontuações no MMPI-2, 21 participantes apresentam pontuação VRIN inválida	▪ Escalas clínicas MMPI-2-Resturcutred (MMPI-2-RF) ▪ Escala Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2-Restructured Clinical (MMPI-2-RC)
Development and validation of Yatt Suicide Attitude Scale (YSAS) in Malaysia	Ibrahim *et al*.	2019	Este estudo é composto por três fases, a saber (1) fase de seleção dos itens, (2) fase de estudo piloto e (3) fase de validação da escala. Durante a primeira fase, os itens foram selecionados a partir de conjuntos de itens coletados de escalas anteriores de ideação/atitude suicida. Em seguida, foi realizado o estudo piloto para examinar os itens da Escala de Atitude Suicida de Yatt (YSAS). Por fim, o estudo de validação da Escala de Atitudes Suicidas de Yatt (YSAS) foi realizado com 219 estudantes universitários.	▪ Escala de Atitude Suicida de Yatt (YSAS) ▪ Escala de Ideação Suicida de Beck (SIS); ▪ Avaliação de Gravidade de Suicídio de Columbia (C-SSRS) ▪ Comportamentos Suicidas Questionário (SBQ); ▪ Escala de Atributos de Ideação Suicida (SIDAS); ▪ Escala de Afeto-Comportamento-Cognição Suicida (SABCS)
Diferencias psicopatológicas entre pacientes adolescentes del sexo femenino con y sin intento de suicidio	Martínez-Medina *et al.*	2023	Estudo comparativo, prospectivo, correlacional e transversal. Foi utilizada uma amostra de 50 participantes do sexo feminino, distribuídas em dois grupos: o grupo caso (n = 25), formado por pacientes entre 15 e 19 anos com tentativa de suicídio, e um grupo controle (n = 25) de pares sem histórico de tentativa.	▪ Escala de Desesperança de Beck (BHS); ▪ Escala de Ideação Suicida de Beck (SIS); ▪ Escala de Depressão de Hamilton (HDRS);
Entrapment and suicide risk: The development of the 4-item Entrapment Scale Short-Form (E-SF)	De Beurs, *et al.*	2020	Foram selecionados quatro itens que apresentavam maior carga fatorial e parâmetros discriminatórios e que abrangiam os construtos teóricos de aprisionamento interno e externo.	▪ Escala de aprisionamento abreviada de 4 itens (E-SF).

(Continua)

Descritor 1: Scale AND Suicide				
Medline				
Título	**Autor**	**Ano**	**Metodologia**	**Escala**
Hopelessness as a Predictor of Suicidal Ideation in Depressed Male and Female Adolescent Youth	Lobo et al.	2020	O estudo atual é baseado em um estudo de local único financiado pelo Instituto Nacional de Saúde Mental (NIMH), que examinou uma estratégia de tratamento sequencial para melhorar a remissão e prevenir recaídas em jovens deprimidos (ver Kennard et al., 2014 para detalhes adicionais) . Uma descrição detalhada da metodologia completa e dos resultados foi relatada anteriormente (ver Kennard et al., 2014). O estudo foi aprovado pelo Conselho de Revisão Institucional do Sudoeste da UT.	▪ Escala de Desesperança de Beck de autorrelato para adolescentes (BHS); ▪ Escala de Avaliação de Depressão Infantil Revisada (CDRS-R); ▪ Escala de Avaliação de Gravidade de Suicídio de Columbia (C-SSRS).
Is Lethality Different between Males and Females? Clinical and Gender Differences in Inpatient Suicide Attempters	Berardelli *et al.*	2022	O presente estudo explorou possíveis diferenças clínicas entre pacientes psiquiátricos masculinos e femininos. pacientes internados que recentemente tentaram suicídio.	▪ Escala de Avaliação de Risco/Resgate (SSSRA).
Measuring the suicidal mind: The ‘open source’ Suicidality Scale, for adolescents and adults	Harris *et al.*	2023	Espera-se que os médicos forneçam avaliações de saúde mental precisas e úteis, às vezes em ambientes de emergência. O desafio mais urgente pode estar no cálculo do risco de suicídio. Infelizmente, os instrumentos existentes muitas vezes não cumprem os requisitos. Para resolver esta situação, utilizámos uma abordagem de desenvolvimento em escala sustentável para criar uma Escala de Suicídio (SS) disponível publicamente.	▪ Escala de Suicídio de código aberto.
Moderating effects of suicide resilience and meaning in life on the association between entrapment and suicidal ideation in Chinese patients with ovarian cancer: a cross-sectional study	Zhang *et al*.	2023	Esta foi uma investigação transversal realizada em 505 pacientes chineses com câncer de ovário.	▪ Escala de Ideação Suicida de Beck – versão chinesa (SIS-CV); ▪ Inventário de Resiliência ao Suicídio-25 – versão chinesa (C-SRI-25);

(Continua)

Descritor 1: Scale AND Suicide				
Medline				
Título	**Autor**	**Ano**	**Metodologia**	**Escala**
Mokken Scale Analysis of Lifetime Responses on the Columbia Suicide Severity Rating Scale's Severity of Ideation Subscale	Tabares *et al.*	2021	Este estudo avaliou as propriedades psicométricas da Escala de Avaliação de Gravidade de Suicídio de Columbia (CSSRS) para (a) dimensões de medição entre pessoas e dentro da pessoa, (b) utilidade do item na captura do construto de risco de suicídio e (c) sustentabilidade de um modelo hierárquico de risco.	▪ Escala de Avaliação de Gravidade de Suicídio de Columbia (CSSRS).
Predicting suicidal events: A comparison of the Concise Health Risk Tracking Self-Report (CHRT-SR) and the Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS)	Mayes *et al*.	2023	Foram revisados prontuários de adolescentes com tendências suicidas graves participantes de um programa ambulatorial intensivo. Os dados de autorrelato do Concise Health Risk Tracking Self-Report de 9 itens (CHRT-SR9) e os dados preenchidos pelo médico da Escala de Risco de Gravidade de Suicídio de Columbia (C-SSRS) foram obtidos na entrada	▪ Health Risk Tracking Self-Report de 9 itens (CHRT-SR9) ▪ Escala de Risco de Gravidade de Suicídio de Columbia (C-SSRS)
Psychological Impact and Risk of Suicide in Hospitalized COVID-19 Patients, During the Initial Stage of the Pandemic: A Cross-Sectional Study	Benavente-Fernández *et al.*	2022	Foi realizado um estudo transversal com uma amostra representativa de pacientes internados por COVID-19 no Hospital Universitário "San Cecilio" (Granada, Espanha) entre março e maio de 2020	▪ Escalas de Gravidade de Suicídio de Columbia (C-SSRS); ▪ Escala de Desesperança de Beck (BHS).
Psychometric Properties and the Cut-Off Point of the English Version of the Yatt Suicide Attitude Scale	Ibrahim *et al*.	2022	A versão em inglês do YSAS, o Questionário de Comportamentos Suicidas Revisado (SBQ-R) e a Escala de Estresse Psicológico K10 de Kessler foram distribuídos a 527 estudantes universitários.	▪ A Escala de Atitude Suicida de Yatt (YSAS); ▪ Questionário de comportamento suicida revisado (SBQ-R).
Psychometric properties of the Suicidal Ideation Attributes Scale (SIDAS) in a longitudinal sample of people experiencing non-afective psychosis	Harris *et al.*	2021	Noventa e nove participantes com psicose completaram o SIDAS no início do estudo e 89 participantes completaram-no 3 meses depois. Além disso, os participantes preencheram um questionário demográfico, a Escala de Beck para Ideação Suicida, a Escala de Desesperança de Beck e as Escalas de Derrota e Aprisionamento. A consistência interna, a confiabilidade teste-reteste, a validade convergente e a validade discriminante do SIDAS foram investigadas em comparação com outros construtos. A análise fatorial foi realizada para examinar a estrutura fatorial da escala.	▪ Escala de Ideação Suicida de Beck (SIS); ▪ Escala de Desesperança de Beck (BHS);

(Continua)

Descritor 1: Scale AND Suicide				
Medline				
Título	**Autor**	**Ano**	**Metodologia**	**Escala**
Stress and suicide risk among adolescents: the role of problematic internet use, gaming disorder and emotional regulation	Chamarro *et al.*	2024	Participaram 430 adolescentes (58,4% do sexo masculino) com idade entre 16 e 19 anos. Eles completaram uma pesquisa on-line, incluindo o Questionário de Experiências Relacionadas a Dispositivos Móveis, a Escala de Desordem de Jogos na Internet - Formulário Resumido, a Escala de Reparo de Traços de Meta-Mood e a versão em espanhol do Questionário de Comportamentos Suicidas.	▪ Questionário de Comportamentos Suicidas-Revisado (SBQ-R);
Suicidal ideation among Lebanese adolescents: scale validation, prevalence and correlates	Chahine *et al.*	2020	Os participantes foram 1.810 adolescentes inscritos neste estudo transversal (janeiro a maio de 2019), utilizando uma amostra aleatória proporcional de escolas de todos os Mohafazat libaneses. A Escala de Avaliação de Gravidade de Suicídio de Columbia foi usada para rastrear ideação suicida.	▪ Escala de Avaliação de Gravidade de Suicídio de Columbia (C-SSRS);
Suicide ideation and the related factors among Iranian transgender people: a cross-sectional study	Arianmehr *et al.*	2023	Foi utilizado um desenho transversal, com 235 participantes transexuais recrutados através de amostragem de bola de neve em todo o Irã. A coleta de dados incluiu um questionário contendo questões demográficas, enquanto a Escala de Beck para Ideação Suicida foi empregada para a coleta de dados. Estatísticas descritivas e analíticas foram realizadas utilizando o software SPSS.	▪ Escala de Ideação Suicida de Beck (SIS).
Suicide Screening Questionnaire-Self-Rating (SSQ-SR): Development, reliability, and validity in a clinical sample of Korean adults	Yook *et al.*	2023	Um total de 176 participantes foram recrutados através de 12 Centros de Resposta a Crises baseados em hospitais em toda a Coreia do Sul. Na linha de base, administramos o SSQ-SR, a Escala de Beck para Ideação Suicida (BSSI) e o Questionário de Saúde do Paciente-9 (PHQ-9)	▪ Questionário de triagem de suicídio - autoavaliação (SSQ-SR); ▪ Escala de ideação suicida de Beck (SIS); ▪ Questionário de saúde do paciente-9 itens (PHQ-9).
The dimensionality of suicidal ideation and its clinical implications	Baertschi *et al.*	2019	A estrutura fatorial do SSI e do BSI foi investigada em 201 pacientes atendidos no pronto-socorro do Hospital Universitário de Genebra, na Suíça, por ideação suicida ou tentativa de suicídio	▪ Escala de Ideação Suicida de Beck (SIS);

(Continua)

Descritor 1: Scale AND Suicide				
Medline				
Título	**Autor**	**Ano**	**Metodologia**	**Escala**
The Personal Suicide Stigma Questionnaire (PSSQ): Relation to Self-Esteem, Well-Being, and Help-Seeking	Maclean *et al.*	2023	Foram incluídos neste estudo apenas os participantes que relataram ideação ou comportamento suicida prévio, pois a experiência do suicídio é considerada necessária para a formação do estigma pessoal do suicídio.	▪ O Questionário de Comportamento Suicida (SBQ-R); ▪ Escala de Atributos de Ideação Suicida (SIDAS);
The Roles of Endorsement and Stigma in Suicidal Ideation and Behavior among Chinese College Students	Lyu *et al.*	2023	Neste estudo, examinamos se o endosso ao suicídio e o estigma em relação ao suicídio estão envolvidos no caminho da ideação suicida até as tentativas de suicídio entre estudantes universitários.	▪ Escala de Atributos de Ideação Suicida (SIDAS); ▪ Questionário de Comportamentos Suicidas Revisado (SBQ-R);
Validation of a 9-item Perceived Suicide Awareness Scale (PSAS-9) for adolescents	Baggio *et al.*	2024	Reutilizamos dados de um ensaio de prevenção do suicídio realizado em escolas secundárias suíças (n = 366). Dados iniciais e de acompanhamento de um mês foram usados para validar a escala. A medida principal foi uma Escala de Conscientização sobre o Suicídio Percebida (PSAS) inicial de 14 itens. O conhecimento percebido sobre recursos de busca de ajuda, conhecimento relacionado ao suicídio e redes de apoio foram utilizados para avaliar a validade convergente.	▪ Escala de Conscientização sobre Suicídio Percebido (PSAS); ▪ A versão francesa da Escala de Alfabetização do Suicídio (LOSS).
Pubmed				
Título	**Autor**	**Ano**	**Metodologia**	**Escala**
Adaptation of the Suicide Attempt Resilience Scale (SRSA-18, Spanish version) for adolescents	Sánchez-Teruel *et al*	2022	As propriedades psicométricas da escala foram avaliadas em 628 participantes com idades entre 13 e 18 anos, dos quais 342 (54,5%) eram meninas.	▪ Escala de Avaliação do Comportamento Suicida em Adolescentes (SENTIA); ▪ Escala de Resiliência às Tentativas de Suicídio (SRSA-18)
Columbia Suicide Severity Rating Scale: Evidence of Construct Validity in Argentinians	Flores-Kanter *et al.*	2023	Trabalhamos com uma amostra de 516 adultos argentinos, com idades entre 18 e 75 anos. Foi verificado o ajuste de um modelo de medição que diferencia os vários graus de gravidade do suicídio.	▪ Escala de Avaliação de Gravidade de Suicídio de Columbia (C-SSRS); ▪ Escala de Desesperança de Beck (BHS).
Resilience Assessment Scale for the Prediction of Suicide Reattempt in Clinical Population	Sánchez-Teruel *et al.*	2021	Foram avaliadas a validade estrutural e a confiabilidade convergente e divergente do instrumento com outras medidas de resiliência, bem como sua capacidade de prever novas tentativas de suicídio aos 6 meses e sua eficácia diagnóstica.	▪ Inventário de Resiliência ao Suicídio-25 (SRI-25); ▪ Escala de Resiliência a Tentativas de Suicídio (SRSA-18)

(Continua)

Descritor 1: Scale AND Suicide				
Pubmed				
Título	**Autor**	**Ano**	**Metodologia**	**Escala**
Risk and Protective Factors in Adolescent Suicidal Behaviour: A Network Analysis	Fonseca-Pedrero *et al.*	2022	Os instrumentos foram aplicados coletivamente, em grupos de 10 a 30 alunos, no horário normal de aula, em sala de aula preparada para esse fim. A administração foi supervisionada pelos pesquisadores. As ferramentas foram administradas por avaliadores treinados em protocolo padrão. Nenhum incentivo foi fornecido para participação. Para os participantes menores de 18 anos, os pais foram solicitados a fornecer consentimento informado por escrito para que seus filhos participarem do estudo. Os participantes foram informados da confidencialidade de suas respostas e da natureza voluntária do estudo. Para aqueles adolescentes avaliados como em risco de transtornos mentais ou como tendo propensão para comportamentos suicidas, recursos e apoio foram oferecidos na forma de psicólogos educacionais ou clínicos.	▪ Escala de Suicídio Paykel (PSS);
Spanish validation of short-form version of Literacy of Suicide Scale (LOSS) and Stigma of Suicide Scale (SOSS)	Collado *et al.*	2023	Ambas as escalas foram traduzidas para o espanhol por meio de retrotradução. A amostra foi composta por um total de 466 participantes, sendo 169 (36,2%) homens e 297 (63,6%) mulheres, por meio de amostragem circunstancial não aleatória.	▪ Escala de Alfabetização em Suicídio (LOSS).
Suicide Risk Analysis and Psycho-Emotional Risk Factors Using an Artificial Neural Network System	Morales-Rodríguez *et al.*	2023	A amostra foi composta por 337 jovens com idades entre 18 e 33 anos. Foi utilizado um desenho ex post facto.	▪ Escala de risco de suicídio de Plutchik (PSRS);
The Columbia-suicide severity rating scale: validity and psychometric properties of an online Spanish-language version in a Mexican population sample	Áustria-Corrales *et al.*	2023	Os dados foram coletados entre maio e outubro de 2021 de 3.645 participantes com 18 anos ou mais, que concordaram em preencher o questionário. Análise de confiabilidade, análise fatorial confirmatória (AFC) e propriedades psicométricas foram calculadas utilizando um modelo de dois parâmetros.	▪ Escala de Avaliação de Gravidade de Suicídio de Columbia (C-SSRS)

(Continua)

Descritor 1: Scale AND Suicide				
Pubmed				
Título	**Autor**	**Ano**	**Metodologia**	**Escala**
Urgent psychiatric consultations for suicide attempt and suicidal ideation before and after the COVID-19 pandemic in an Italian pediatric emergency setting	Apicella *et al.*	2023	Estudamos consultas, SA e ideação suicida (SI) em um pronto-socorro (PS) pediátrico.	▪ Escala de gravidade do suicídio de Columbia (C-SSRS).
Web of Science				
Título	**Autor**	**Ano**	**Metodologia**	**Escala**
The Brief Suicide Cognitions Scale: Development and Clinical Application	Rudd *et al.*	2021	Os participantes das amostras de estudantes e pacientes internados completaram medidas adicionais de sintomas (desesperança, ansiedade, depressão) e a amostra do pronto-socorro forneceu dados de acompanhamento de 6 meses para tentativas de suicídio.	▪ Escala de Desesperança de Beck (BHS); ▪ Escala de Ideação Suicida de Beck (SIS); ▪ Escala Breve de Cognições sobre Suicídio (B-SCS)
Adaptación, validez de constructo y confiabilidad de la escala de riesgo suicida Plutchik en adolescentes colombianos	Suárez-Colorado *et al*.	2019	Foi desenhado um estudo instrumental, numa amostra constituída por 481 adolescentes com idades compreendidas entre os 13 e os 20 anos (M = 16,3, DP = 1,4), 46% eram homens. A validade de construto foi avaliada pela Análise Fatorial Exploratória e o número de fatores foi definido pela Análise Paralela de Horn e o ajuste pela Análise Fatorial Confirmatória.	▪ Escala de Risco Suicida de Plutchik (PSRS)
Assessing psychache as a suicide risk variable: Data with the Portuguese version of the psychache scale	Campos *et al*.	2019	No presente estudo avaliamos a psique como um construto relacionado ao risco de suicídio utilizando dados obtidos com o português versão da Psychache Scale traduzida da versão original em inglês.	▪ Escala de Desesperança de Beck (BHS); ▪ Questionário de Comportamentos Suicidas Revisado (SBQ-R); ▪ Questionário de Ideação Suicida (SIQ).
Escala de Capacidad Adquirida para el Suicidio: Propiedades Psicométricas de la Adaptación al Español.	González-Betanzos *et al*.	2023	Participaram estudantes do ensino médio (n=368), ensino médio (n=237) e universitário (n=240).	▪ Escala de Capacidade Adquirida para Suicídio (ACSS); ▪ Cédula de Indicadores Parasuicidas (CIP);

(Continua)

Descritor 1: Scale AND Suicide				
Web of Science				
Título	**Autor**	**Ano**	**Metodologia**	**Escala**
Evaluación de la conducta suicida en adolescentes: a propósito de la escala paykel de suicidio	Fonseca-Pedrero *et al.*	2020	Primeiramente é feita uma breve delimitação conceitual do comportamento suicida, são mencionados dados epidemiológicos, modelos psicológicos e fatores de risco e proteção. Em segundo lugar, a avaliação do comportamento suicida é abordada como eixo central na detecção, identificação, prevenção e intervenção, bem como na compreensão deste fenómeno. Em terceiro lugar, é apresentada a Escala de Suicídio Paykel, juntamente com as suas propriedades psicométricas e, especificamente, a sua escala em adolescentes espanhóis. Por fim, conclui como uma recapitulação.	▪ Escala de Suicídio de Paykel (PSS).
Validation of the Farsi version of the Suicide Ideation and Behavior Scale	Mehrabi *et al*.	2023	A confiabilidade e a validade da versão farsi do SIBS foram estabelecidas em uma amostra de estudantes afegãos altamente sobrecarregados (N = 279). Foram investigadas consistência interna, validade convergente e discriminante e realizada análise fatorial confirmatória.	▪ Escala de Ideação e Comportamento Suicida (SIBS); ▪ Questionário de Comportamentos Suicidas Revisado (SBQ-R); ▪ Questionário de Saúde do Paciente (PHQ-9);
Structural validity of the Persian version of the Suicide Capacity Scale among Iranian college students	Ahmadboukani *et al.*	2022	A amostra foi composta por 600 participantes selecionados pelo método de conveniência método de amostragem e respondeu aos questionários do Grupo de Comportamentos Suicidas Questionário-Revisado (SBQ-R) Índice de Sintomas Depressivos-Subescala de Suicídio (DSIÿSS), tentativa de suicídio e capacidade suicida (SCSÿ3).	▪ Escala de Capacidade Suicida-3 (SCS-3) ▪ Questionário sobre Comportamentos Suicidas - Revisado (SBQ-R); ▪ Subescala Índice de Sintomas Depressivos-Suicídio (DSI-SS).
Psychometric evaluation of the Suicide Cognitions Scale-Revised (SCS-R)	Bryan *et al.*	2022	2.690 pacientes da atenção primária (51,3% [n = 1.380] homens, 47,5% [n = 1.279] mulheres, 0,9% [n = 26] “outros” ou preferem não responder e 0,2% [n = 5] faltaram) apresentando-se para uma consulta médica de rotina em uma das seis clínicas militares de cuidados primários localizadas em uma instalação do Exército, duas da Força Aérea, uma da Marinha e uma da Marinha de tamanhos variados em todo o território continental dos Estados Unidos.	▪ Escala de Cognições Suicidas Revisada (SCS-R); ▪ Questionário de saúde do paciente-9 (PHQ-9).

(Continua)

(Conclusão)

Descritor 1: Scale AND Suicide				
Web of Science				
Título	**Autor**	**Ano**	**Metodologia**	**Escala**
Psychometric properties of two Arabic Suicide Scales: stigma and literacy	Aldalaykeh *et al.*	2020	Este estudo examinou as propriedades psicométricas da versão árabe da Escala de Estigma do Suicídio - formato curto (SOSS-SF) e da Escala de Alfabetização do Suicídio (LOSS). A amostra incluiu 160 estudantes universitários jordanianos.	▪ Escala de Alfabetização do Suicídio (LOSS).
Revisiting the factor structure of the suicide-related coping scale: Results from two samples of Australian online help-seekers	Rainbow *et al.*	2023	O presente estudo avaliou a estrutura fatorial, a consistência interna, a validade convergente e divergente do SRCS em duas amostras australianas de busca de ajuda on-line: visitantes de um site de saúde mental com experiência de ideação suicida (N = 1.266) e usuários de um aplicativo móvel de planejamento de segurança contra suicídio	▪ Escala de Enfrentamento Relacionado ao Suicídio (SRCS); ▪ A Escala de Tolerância ao Distress (DTS); ▪ Escala de Atributos de Ideação Suicida (SIDAS).
Scores on the suicide cognitions scale-revised (SCS-R) predict future suicide attempts among primary care patients denying suicide ideation and prior attempts	Bryan *et al.*	2022	Pacientes da atenção primária que preencheram o Questionário de Saúde do Paciente-9 e a Escala de Cognições Suicidas Revisada (SCS-R) durante consultas clínicas de rotina e negaram ideação suicida no início do estudo (N = 2.417) foram incluídos na amostra do estudo. Comportamentos suicidas durante os 12 meses após o início do estudo foram avaliados. As análises de regressão logística examinaram a associação dos escores iniciais do SCS-R com o comportamento suicida posterior	▪ Escala de cognições suicidas revisada (SCS-R); ▪ Questionário de Saúde do Paciente-9 (PHQ-9);

Fonte: Autor (2024)

TABELA 8**.** Resultado da pesquisa integrativa de acordo com o descritor "Evaluation" AND "Suicide".

Descritor 2: Evaluation AND Suicide				
Medline				
Título	**Autor**	**Ano**	**Metodologia**	**Avaliação**
An Evaluation of Suicide Prevention Education for People Working With Refugees and Asylum Seekers	Procter *et al.*	2022	Os participantes do programa educacional preencheram questionários de autorrelato no pré-treinamento, pós-treinamento e acompanhamento de 4 a 6 meses.	▪ Escala de Atitudes em relação à Prevenção do Suicídio (ASP);

(Continua)

Descritor 2: Evaluation AND Suicide				
Medline				
Título	**Autor**	**Ano**	**Metodologia**	**Avaliação**
Evaluation of a brief universal suicide prevention programme in young people: a cluster-controlled trial in Swiss schools	Baggioab *et al*.	2022	O estudo incluiu duas visitas. Durante a primeira visita, os participantes receberam informações sobre o estudo e forneceram consentimento por escrito. Depois disso, completaram a avaliação inicial (cerca de 20 minutos).	▪ Escala de Alfabetização do Suicídio (LOSS); ▪ Escala de classificação de gravidade (C-SSRS);
Evaluation of A Suicide Prevention Program in Switzerland: Protocol of A Cluster Non-Randomized Controlled Trial	Baggio *et al*.	2019	Este estudo é um ensaio clínico controlado não randomizado, agrupado em um único centro, projetado para comparar um grupo de intervenção que se beneficia do programa de prevenção do suicídio com um grupo de controle. O estudo inclui acompanhamentos um e três meses após a avaliação inicial.	▪ Escala de Alfabetização sobre Suicídio (LOSS);
Evaluation of an online suicide prevention program to improve suicide literacy and to reduce suicide stigma: A mixed methods study	Dreier *et al*.	2023	Desenvolvemos um programa on-line contendo reportagens em vídeo sobre experiências vividas de suicídio e informações baseadas em evidências sobre suicídio. Avaliamos o programa por meio de um desenho de métodos mistos	▪ Escala de Alfabetização do Suicídio – formulário abreviado (LOSS-SF);
Validation of a Secondary Screener for Suicide Risk: Results from the Emergency Department Safety Assessment and Followup Evaluation (ED-SAFE)	Boudreaux *et al*.	2020	Realizamos análises secundárias dos dados coletados para o estudo ED-SAFE. Os dados foram coletados durante uma visita ao pronto-socorro de 1.376 pacientes que endossaram a ideação suicida ativa ou uma tentativa de suicídio na semana passada. Os participantes foram acompanhados por 12 meses por meio de avaliações por telefone, revisão de registros de saúde e consulta ao Índice Nacional de Óbitos.	▪ Columbia Suicide Severity Rating Scale (CSSRS); ▪ Rastreadro secundário (ESS) do Avaliação de Segurança e Acompanhamento do Departamento de Emergência (ED-SAFE)

(Continua)

(Conclusão)

Descritor 2: Evaluation AND Suicide				
Pubmed				
Título	**Autor**	**Ano**	**Metodologia**	**Avaliação**
Suicidal Behavior in Adolescents: A Latent Class Analysis	Díez-Gómez *et al*.	2020	A amostragem estratificada aleatória por conglomerados foi realizada em nível de sala de aula em uma população aproximada de 15.000 estudantes selecionados de uma região localizada no norte da Espanha. Os alunos eram provenientes de diversas escolas secundárias e centros de formação profissional públicos e subsidiados pelo Estado, bem como de diversos níveis socioeconómicos	▪ Escala de Suicídio Paykel (PSS);
Web of Science				
Título	**Autor**	**Ano**	**Metodologia**	**Avaliação**
Implicit Identification with Death, Clinician Evaluation and Suicide Ideation among Adolescent Psychiatric Outpatients-The Mediating Role of Depression	Toukhy *et al*	2023	O presente estudo examinou (1) o papel mediador da depressão entre D/S-IAT e IS recente e (2) a associação entre SI, D/S-IAT e avaliação clínica de IS entre uma amostra clínica de adolescentes. Foram avaliados 148 adolescentes de 10 a 18 anos (69,4% mulheres) de dois ambulatórios no momento da admissão	▪ Escala de Avaliação de Gravidade de Suicídio de Columbia (C-SSRS); ▪ Questionário de Ideação Suicida-Júnior (SIQ-JR);

Fonte: Autor (2024).

TABELA 9**.** Resultado da pesquisa integrativa de acordo com o descritor "Questionnare" AND "Suicide".

Descritor 3: Questionnare AND Suicide				
Medline				
Título	**Autor**	**Ano**	**Metodologia**	**Questionário**
Clinically Significant Scores for Thwarted Belonging and Perceived Burden from the Interpersonal Needs Questionnaire	Silva *et al.*	2023	O INQ-15 e medidas de ideação suicida foram administrados a pacientes psiquiátricos ambulatoriais e psiquiátricos internados.	▪ Escala de Ideação Suicida de Beck (SIS); ▪ Subescala Índice de Sintomas Depressivos-Suicídio (DSI-SS).
Development and validation of the suicidal behaviours questionnaire - autism spectrum conditions in a community sample of autistic, possibly autistic and non-autistic adults	Cassidy *et al.*	2021	Uma ferramenta de avaliação de suicídio amplamente utilizada e validada, desenvolvida para a população em geral (SBQ-R), foi adaptada usando feedback de adultos autistas, para criar o Questionário de Comportamentos Suicidas – Condições do Espectro do Autismo (SBQ-ASC).	▪ Questionário sobre comportamentos suicidas – condições do espectro do autismo (SBQ-ASC); ▪ Questionário sobre comportamentos suicidas – revisado (SBQ-R); ▪ Questionário de saúde do paciente — 9 itens (PHQ-9);

(Continua)

Descritor 3: Questionnare AND Suicide				
Medline				
Título	**Autor**	**Ano**	**Metodologia**	**Questionário**
Emotion regulation deficits and nonsuicidal self-injury prospectively predict suicide ideation in adolescents	Brausch *et al*	2019	A coleta de dados ocorreu em duas escolas públicas de ensino fundamental e médio na região centro-sul dos Estados Unidos no início do estudo e em dois pontos de acompanhamento de seis meses. Os dois pontos de acompanhamento são o foco do presente estudo. O estudo de pesquisa foi aprovado pela administração de todos os distritos escolares e pelo Conselho de Revisão Institucional em XXXX Universidade.	▪ Questionário de Ideação Suicida - Junior (SIQ-JR).
Negative life events and suicide risk in college students: Conditional indirect effects of hopelessness and self-compassion	Hirsch *et al.*	2021	Os participantes completaram os Eventos de Vida Lista de verificação para estudantes universitários, inventário de desesperança de Beck, escala de autocompaixão e suicídio Questionário de Comportamentos – Revisado.	▪ Questionário de comportamentos Suicidas Revisado (SBQ-R).
Perseverative Thinking about Suicide Questionnaire (PTSQ): Validation of a new measure to assess suicide-specific rumination	Holler *et al.*	2022	Toda a amostra do estudo compreendeu N = 1.689 participantes do setor de saúde alemão. Um total de 721 participantes com histórico de ideação suicida (68% mulheres; Mage = 30,63, SDage = 8,41, faixa: 18–81 anos) que completaram cinco medidas avaliando ruminação específica de suicídio, ideação suicida, depressão, desesperança e resiliência foram incluídos para o presente exame. Validade fatorial (Exploratória [AFE] para determinar o número apropriado de fatores e análises fatoriais confirmatórias [AFC] após divisão aleatória da amostra para validar a solução de AFE), validade de construto e confiabilidade foram avaliadas.	▪ Questionário de Pensamento Perseverativo sobre Suicídio (PTSQ); ▪ Escala de ideação e comportamento suicida (SSEV); ▪ Escala de desesperança de Beck (BHS);
Validation of the German capability for suicide questionnaire (GCSQ) in a high-risk sample of suicidal inpatients	Cwik *et al.*	2020	A estrutura fatorial, a confiabilidade e a validade foram investigadas em uma amostra de pacientes internados (N = 296; 53,0% mulheres; idade em anos: M = 36,81, DP = 14,27) internados em um hospital devido a uma tentativa recente de suicídio ou quadro suicida agudo. crise (com necessidade imediata de tratamento hospitalar). Para estabelecer a validade convergente, foram utilizadas avaliações baseadas em entrevistas de tentativas de suicídio ao longo da vida e autolesões não suicidas, bem como avaliações baseadas em questionários de eventos dolorosos e provocativos. Finalmente, foi avaliada a estabilidade dos escores do GCSQ durante um período de acompanhamento de 12 meses.	▪ Questionário Alemão de Capacidade para Suicídio (GCSQ); ▪ Escala de Eventos Dolorosos e Provocativos-Alemão (PPES-G); ▪ Entrevista sobre pensamentos e comportamentos autolesivos (SITBI). ▪ Escala de Capacidade Adquirida para Suicídio (ACSS); ▪ Escala de Destemor sobre a Morte (ACSS-FAD)

(Continua)

(Conclusão)

Descritor 3: Questionnare AND Suicide				
Web of Science				
Título	**Autor**	**Ano**	**Metodologia**	**Questionário**
Development and validation study of the suicide screening questionnaire-observer rating (SSQ-OR)	Choi *et al.*	2022	Os itens preliminares foram avaliados por 251 especialistas on-line e 25 questões foram selecionadas. 328 indivíduos de alto risco e 661 controles de 12 centros de resposta a crises e 5 centros de aconselhamento universitário foram recrutados para preencher o SSQ-OR, a Escala de Beck para Ideação Suicida (BSSI) e o Questionário de Saúde do Paciente-9 (PHQ-9).	▪ Questionário de triagem de suicídio - avaliação do observador (SSQ-OR); ▪ Escala de ideação suicida de Beck (SIS); ▪ Questionário de saúde do paciente (PHQ-9).
Psychometric evaluation of the Questionnaire on Attitudes Towards Suicide (ATTS) in Poland	Stecz *et al.*	2021	O presente estudo examina a estrutura fatorial do questionário ATTS em duas amostras polacas, constituídas por 239 estudantes (amostra um) e 128 estudantes (amostra dois) das profissões de ajuda. O modelo de 10 fatores previamente estabelecido não foi apoiado pela análise fatorial confirmatória (AFC).	▪ Questionário sobre Atitudes em Relação ao Suicídio (ATTS); ▪ Questionário de opinião sobre suicídio (SOQ); ▪ Questionário de atitudes suicidas (SUIATT).
Acquired capability for suicide among Belgian and Australian University students: Psychometric properties of the German capability for suicide questionnaire and a test of the interpersonal theory of suicide	Preece *et al.*	2021	Como parte da Iniciativa Mundial de Estudantes Universitários Internacionais de Saúde Mental da OMS, estudantes belgas (N = 3.715) e australianos (N = 2.828) completaram o GCSQ (versões em holandês ou inglês).	▪ Questionário Alemão de Capacidade para o Suicídio (GCSQ).

Fonte: Autor (2024).

TABELA 10. Resultado da pesquisa integrativa de acordo com o descritor "Instrument" AND "Suicide".

Descritor 4: Instrument AND Suicide				
Medline				
Título	**Autor**	**Ano**	**Metodologia**	**Instrumentos**
Mensuração do risco de suicídio no idoso com depressão não institucionalizado: revisão integrativa	Silva, S.P.Z.; Bocchil, S.C.M.	2020	Revisão integrativa de 38 artigos completos, publicados em periódicos indexados nas bases de dados: US National Library of Medicine (PubMed Central), Scopus, CINAHL e Web of Science, localizados mediante descritores controlados combinados com operadores booleanos: elderly OR aged OR older OR elder OR geriatric AND depression AND suicide AND risk assessment.	▪ Subescala GDS de 5 itens ▪ Escala de avaliação de risco de suicídio (RASS); ▪ Rastreamento conciso do risco a saúde - auto relato (CHRT-SR); ▪ Escala de ideação suicida geriátrica (GSIS); ▪ Escala de Avaliação de Gravidade de Suicídio de Columbia (C-SSRS);

(Continua)

Descritor 4: Instrument AND Suicide				
Medline				
Título	**Autor**	**Ano**	**Metodologia**	**Instrumentos**
Mental health, suicide attempt, and family function for adolescents' primary health care during the COVID-19 pandemic	Rojas-Torres *et al.*	2022	Foi realizado um estudo correlacional, descritivo e transversal em um grupo de adolescentes do último ano do ensino médio para estabelecer a associação entre risco à saúde mental, tentativa de suicídio e funcionalidade familiar.	▪ Escala de avaliação de risco de suicídio em adolescentes (ERS);
Risco de suicídio entre estudantes de enfermagem	Moraes *et al.*	2021	Trata-se de uma pesquisa transversal, quantitativa, realizada com 150 estudantes. Para coleta de dados foram utilizados questionário sociodemográfico e o instrumento MINI - versão brasileira 5.0.0 - Módulo C - Risco de suicídio	▪ MINI – Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional - Módulo C - Risco de suicídio
Screening pediatric medical patients for suicide risk: Is depression screening enough?	Horowitz *et al*.	2021	Uma amostra de conveniência de pacientes médicos internados com idades entre 10 e 21 anos foi recrutada como parte de um estudo maior de validação de instrumento. Os participantes preencheram o Ask Suicide-Screening Questions (ASQ), o Questionário de Ideação Suicida (SIQ/SIQ-JR) e o Questionário de Saúde do Paciente – Versão Adolescente (PHQ-A). Estatísticas univariadas e multivariadas foram calculadas para examinar a relação entre triagem positiva para depressão e risco de suicídio.	▪ Ask Suicide-Screening Questions (ASQ); ▪ Questionário de Ideação Suicida (SIQ/SIQ-JR);
Suicide Screening Among Youth at First Court Contact	Kemp *et al.*	2022	Ao incorporar uma ferramenta de triagem forense de saúde mental no processo de admissão de um programa diversivo de tribunal de família, um total de 891 jovens (com idades entre 12 e 18 anos) foram avaliados usando o Massachusetts Youth Screening Instrument-2 (MAYSI-2).	▪ Instrumento de Triagem Juvenil de Massachusetts – Segunda Versão (MAYSI-2).
Validation of a culturally sensitive, Swahilitranslated instrument to assess suicide risk among adults living with HIV in Tanzania	Minja *et al.*	2023	Realizamos um estudo transversal com 80 adultos que viviam com HIV e tinham ideação suicida em duas clínicas urbanas de HIV em Moshi, Tanzânia, de janeiro a outubro de 2022. Esses dados foram coletados como parte de um estudo maior com o objetivo de desenvolver uma intervenção de aconselhamento com mudança de tarefas centrada na prevenção do suicídio e na melhoria do envolvimento nos cuidados de VIH na Tanzânia	▪ Escala de Avaliação de Gravidade de Suicídio de Columbia (C-SSRS); ▪ Escala de Autoeficácia para Evitar Ações Suicidas (SEASA); ▪ Inventário Breve de Razões para Viver (BRFL).

(Continua)

Descritor 4: Instrument AND Suicide				
Pubmed				
Título	**Autor**	**Ano**	**Metodologia**	**Instrumentos**
Development and validation of a questionnaire to measure association factors with suicide: An instrument for a populational survey	Rodrigues *et al*.	2023	Desenvolvemos um questionário com 51 variáveis e procedemos validações. As validações foram realizadas usando validade de face, validade de conteúdo e validade do construto. A confiabilidade foi realizada por teste-repouso.	▪ Questionário online com 51 variáveis para avaliar prevalência do comportamento suicida.
Propuesta de un modelo de la ideación suicida en estudiantes de Medicina en Colombia: un estudio de simulación	Castro-Osorio *et al.*	2022	Foram simulados 1.200 dados para 38 variáveis (Anexo 1) que compuseram os 4 construtos do modelo proposto. Esses dados são indicadores de variáveis latentes (21 para depressão, 5 para sobrecarga percebida, 8 para ideação suicida, 4 para pertencimento frustrado), para as quais foi utilizada uma base de 400 dados reais de uma população universitária na Colômbia que inclui estudantes de medicina. A simulação foi realizada com o programa SPSS v. 2.637, para o qual foi considerada a distribuição de dados reais; No entanto, as relações entre as variáveis não foram forçadas, pois, nesse caso, algum tipo de viés poderia ser exercido sobre a qualidade do ajuste do modelo.	▪ Inventário de Ideação Suicida Positiva e Negativa (PANSI).
Web of Science				
Título	**Autor**	**Ano**	**Metodologia**	**Instrumentos**
The Trauma and Suicide Potential Index–5: Psychometric Evaluation in College Samples	Curtis *et al.*	2020	O TSPI-5 foi projetado para avaliar o desejo de um indivíduo de tentar o suicídio devido a um trauma. Examinamos a estrutura do instrumento em duas amostras independentes de graduação. O Estudo 1 (N = 415) examinou a estrutura do TSPI-5 usando modelagem exploratória de equações estruturais. O Estudo 2 (N = 538) reexaminou a estrutura do instrumento usando a mesma estratégia de modelagem e também examinou outras estimativas de validade.	▪ Questionário de Comportamentos Suicidas - Revisado (SBQ-R); ▪ Índice de Potencial de Trauma e Suicídio – 5 (TSPI-5).

(Continua)

(Conclusão)

Descritor 4: Instrument AND Suicide				
Web of Science				
Título	**Autor**	**Ano**	**Metodologia**	**Instrumentos**
Use of an Agitation Measure to Screen for Suicide and Self-Harm Risk Among Emergency Department Patients	Simpson *et al.*	2023	Testamos o desempenho de um novo rastreador que combina a presença de tendência suicida ou agitação para prever suicídio em 90 dias ou uma visita repetida ao pronto-socorro por automutilação em 30 dias, usando dados retrospectivos de todos os pacientes atendidos em um pronto-socorro com rede de segurança urbana com mais de 27 anos. meses. Os pacientes foram avaliados quanto à tendência suicida usando a Escala de Avaliação de Gravidade de Suicídio de Columbia – Clinical Practice Screener e quanto à agitação usando a Escala de Avaliação de Atividade Comportamental ou a Escala de Agitação e Sedação de Richmond. Nossa hipótese é que um rastreador baseado na presença de suicídio ou agitação seria mais sensível ao risco de suicídio do que apenas a Escala de Avaliação de Gravidade de Suicídio de Columbia.	▪ Escala de Avaliação de Gravidade de Suicídio de Columbia (C-SSRS);
Validation of the ask suicide-screening questions (ASQ) with youth in outpatient specialty and primary care clinics	Aguinaldo *et al.*	2021	Trata-se de um estudo transversal de validação de instrumento que avalia a validade do ASQ em relação ao critério padrão, Questionário de Ideação Suicida (SIQ/SIQ Jr.). A amostra incluiu 515 jovens falantes de inglês, com idades entre 10 e 21 anos, provenientes de clínicas ambulatoriais especializadas e de atenção primária. Foram avaliados a sensibilidade, especificidade do ASQ, valores preditivos positivos e negativos (VPP/VPN), razões de verossimilhança positivas e negativas, estatística c e respectivas curvas receiver Operating Characteristic.	▪ Ask Suicide-Screening Questions (ASQ); ▪ Questionário de Ideação Suicida (SIQ/SIQ Jr.).
Validation of the Ask Suicide-Screening Questions for Adult Medical Inpatients: A Brief Tool for All Ages	Horowitz *et al.*	2020	Pacientes adultos internados em unidades de internação médica/cirúrgica de 4 hospitais foram recrutados para participar de um estudo transversal de validação de instrumento. O ASQ de 4 itens e outros itens candidatos foram comparados com o Questionário de Ideação Suicida em Adultos de 25 itens, previamente validado, como critério padrão.	▪ Ask Suicide-Screening Questions (ASQ).

Fonte: Autor (2024)

TABELA 11. Lista de instrumentos identificados nos estudos selecionados da revisão integrativa da literatura, utilizados para avalição e manejo do paciente suicida (2019-2024)

Instrumento de avaliação	Nº de menções
1. C-SSRS - Escala de Avaliação de Gravidade de Suicídio de Columbia	14
2. SBQ-R - Questionário de Comportamentos Suicidas – Revisado	13
3. SIS/BSI - Escala de Ideação Suicida de Beck	11
4. BHS - Escala de Desesperança de Beck	9
5. PHQ-9 - Questionário de saúde do paciente-9	6
6. LOSS - Escala de Alfabetização do Suicídio	6
7. SIDAS - Escala de Atributos de Ideação Suicida	4
8. SIQ-JR - Questionário de Ideação Suicida-Júnior	4
9. PSS - Escala de Suicídio Paykel	3
10. SIQ - Questionário de Ideação Suicida	3
11. ASQ - Ask Suicide-Screening Questions	3
12. ACSS-FAD - Escala de Destemor sobre a Morte	2
13. YSAS - Escala de Atitude Suicida de Yatt	2
14. SRI-25 - Inventário de Resiliência ao Suicídio-25	2
15. SRSA-18 - Escala de Resiliência às Tentativas de Suicídio de Sánchez-Teruel	2
16. PSRS - Escala de risco de suicídio de Plutchik	2
17. ACSS - Escala de Capacidade Adquirida para Suicídio	2
18. DSI-SS - Subescala Índice de Sintomas Depressivos-Suicídio	2
19. SCS-R - Escala de Cognições Suicidas Revisada	2
20. GCSQ - Questionário Alemão de Capacidade para Suicídio	2
21. RLI - Inventário de Razões para Viver	1
22. MMPI-2-RF - Escalas clínicas MMPI-2-Resturcutred	1
23. MMPI-2-RC - Escala Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2-Restructured Clinical	1
24. SABCS - Escala de Afeto-Comportamento-Cognição Suicida	1
25. HDRS - Escala de Depressão de Hamilton	1
26. E-SF - Escala de aprisionamento abreviada de 4 itens	1
27. CDRS-R - Escala de Avaliação de Depressão Infantil Revisada	1
28. SSSRA - Escala de Avaliação de Risco/Resgate	1
29. Escala de Suicídio de código aberto	1
30. CHRT-SR9 - Rastreamento conciso do risco a saúde de 9 itens - auto relato	1
31. SSQ-SR - Suicide Screening Questionnaire-Self-Rating	1
32. PSAS - Escala de Conscientização sobre Suicídio Percebido	1
33. SENTIA - Escala de Avaliação do Comportamento Suicida em Adolescentes	1
34. B-SCS - Escala Breve de Cognições sobre Suicídio	1
35. CIP - Cédula de Indicadores Parasuicidas	1
36. SIBS - Escala de Ideação e Comportamento Suicida	1

(Continua)

(Conclusão)

Instrumento de avaliação	Nº de menções
37. SCS-3 - Escala de Capacidade Suicida-3	1
38. SRCS - Escala de Enfrentamento Relacionado ao Suicídio	1
39. ASP - Escala de Atitudes em relação à Prevenção do Suicídio	1
40. Escala de Capacidade Adquirida para Suicídio	1
41. SBQ-ASC - Questionário sobre comportamentos suicidas – condições do espectro do autismo	1
42. PTSQ - Questionário de Pensamento Perseverativo sobre Suicídio	1
43. SSEV - Escala de ideação e comportamento suicida	1
44. PPES-G - Escala de Eventos Dolorosos e Provocativos-Alemão	1
45. SITBI - Entrevista sobre pensamentos e comportamentos autolesivo	1
46. SSQ-OR - Questionário de triagem de suicídio - avaliação do observador	1
47. ATTS - Questionário sobre Atitudes em Relação ao Suicídio	1
48. SOQ - Questionário de opinião sobre suicídio	1
49. SUIATT - Questionário de atitudes suicidas	1
50. RASS - Escala de avaliação de risco de suicídio	1

Fonte: Autor (2024)

Após a revisão da literatura, foram encontradas referências a 75 instrumentos diferentes para avaliação e abordagem do paciente com comportamento suicida. Existem ainda outros instrumentos que apesar de haverem sido citados por alguns autores, ficaram de fora das listas mencionadas neste estudo por não estarem disponíveis nos idiomas português, inglês ou espanhol, ou pelos trabalhos não preencherem os critérios de inclusão definidos em cada revisão.

5.3. SELEÇÃO E ANÁLISE DOS INSTRUMENTOS

A construção da nova escala será feita tomando por base instrumentos já existentes e validados na literatura científica. Em uma recente revisão sistemática de escalas de risco, o uso de um único instrumento não é recomendado em ambientes clínicos (Saab, 2022). Em vez de depender de uma única ferramenta, é necessário combinar múltiplas ferramentas de avaliação de risco para medir eficazmente o risco de suicídio (Choi, 2022).

Na revisão de Batterham e colaboradores (2015), os autores comentam que embora nenhuma das medidas abrangentes atendesse aos critérios de recomendação, o ASIQ e o BSI mostraram o maior potencial para uso em pesquisas populacionais, embora ambas as medidas incorram em custos financeiros. Das

medidas de triagem breve, o DSI-SS, o SBQ-R e o SIDAS têm maior potencial para uso em pesquisas de base populacional. Por essas razões os 5 instrumentos foram selecionados para este estudo (TABELA 12).

TABELA 12. Lista de instrumentos selecionados do estudo de revisão de Batterham et al (2015)

Instrumentos de avaliação
1. ASIQ - Adult Suicidal Ideation Questionnaire
2. BSI - Beck Scale for Suicidal Ideation
3. DIS-SS - Depressive Symptom Index Suicidality Subscale
4. SBQ-R - Suicidal Behaviors Questionnaire - Revised
5. SIDAS - Suicidal Ideation Attributes Scale

Fonte: Autor (2024)

Dentre os 20 instrumentos mencionados na revisão de Andreotti e colaboradores (2020), se optou por selecionar apenas os que haviam sido citados no mínimo 2 vezes entre os 206 estudos incluídos na pesquisa. Como a escala BSI já havia sido selecionada anteriormente, 7 instrumentos foram incluídos (TABELA 13).

TABELA 13. Lista de instrumentos selecionados do estudo de revisão de Andreotti et al (2020)

Instrumentos de avaliação
1. C-SSRS - The Columbia-Suicide Severity Rating
2. SIS - Beck Suicidal Intent Scale
3. PSS - Paykel Suicide Scale
4. SIQ-JR - Suicidal Ideation Questionnaire-Junior
5. BSSw - Beck Suicide Scale - worst ever version
6. SIQ - Suicidal ideation Questionnaire
7. MINI - International Neuropsychiatric Interview

Fonte: Autor (2024)

Também foram incluídas as 8 escalas sugeridas pelas Diretrizes Brasileiras para a Abordagem do Comportamento Suicida (TABELA 5)

Finalmente, dos 75 instrumentos para avaliação e abordagem do paciente com comportamento suicida encontrados na revisão integrativa deste estudo, foram selecionados os que haviam sido mencionados em pelo menos 3 vezes dentre os 73 artigos incluídos na revisão. Dos 11 instrumentos selecionados, 9 já haviam sido escolhidos anteriormente resultando em apenas 2 escalas incluídas: LOSS e ASQ (TABELA 14).

TABELA 14. Lista de instrumentos selecionados da revisão integrativa utilizados para avaliação e manejo do paciente suicida (2019-2024)

Instrumento de avaliação	Nº de menções
1. C-SSRS - Escala de Avaliação de Gravidade de Suicídio de Columbia	14
2. SBQ-R - Questionário de Comportamentos Suicidas – Revisado	13
3. SIS/BSI - Escala de Ideação Suicida de Beck	11
4. BHS - Escala de Desesperança de Beck	9
5. PHQ-9 - Questionário de saúde do paciente-9	6
6. LOSS - Escala de Alfabetização do Suicídio*	6
7. SIDAS - Escala de Atributos de Ideação Suicida	4
8. SIQ-JR - Questionário de Ideação Suicida-Júnior	4
9. PSS - Escala de Suicídio Paykel	3
10. SIQ - Questionário de Ideação Suicida	3
11. ASQ - Ask Suicide-Screening Questions*	3

*Escalas incluídas no estudo. Fonte: Autor (2024)

A lista final dos 22 instrumentos selecionados para a análise neste estudo é mostrada na TABELA 15.

TABELA 15. Lista final dos 22 instrumentos selecionados para a análise.

Instrumentos de avaliação
1. ASIQ - Adult Suicidal Ideation Questionnaire
2. ASQ - Ask Suicide-Screening Questions
3. BHS - Beck Hopelessness Scale
4. BSI - Beck Scale for Suicidal Ideation
5. BSSw - Beck Suicide Scale - worst ever version
6. C-SSRS - The Columbia-Suicide Severity Rating
7. DIS-SS - Depressive Symptom Index Suicidality Subscale
8. ERRS - Early Recollection Rating Scales
9. LOSS - Escala de Alfabetização do Suicídio
10. MINI - International Neuropsychiatric Interview
11. MSHR - Mancherter Self-Harm Rule
12. PHQ-9 - Questionário de saúde do paciente-9
13. PSS - Paykel Suicide Scale
14. ReACT - Recent self-harm in the past
15. SAD PERSONS Scale
16. SBQ-R - Suicidal Behaviors Questionnaire - Revised
17. SIDAS - Suicidal Ideation Attributes Scale
18. SIQ - Suicidal ideation Questionnaire
19. SIQ-JR - Suicidal Ideation Questionnaire-Junior
20. SIS - Beck Suicidal Intent Scale
21. SOS-4 - Sodersjunkhuset self-harm rule
22. SSI-W - Scale for Suicide Ideation-Worst

Fonte: Autor (2024)

Dos 22 instrumentos selecionados, 5 não foram incluídos na análise: ASIQ, SIQ-JR, BSSw, ERRS e SSI-W.

A escala ASIQ (Adult Suicidal Ideation Questionnaire) e a SIQ-JR (Suicidal Ideation Questionnaire-Junior) são protegida por direitos autorais. Esta ferramenta de avaliação, criada por William M. Reynolds, Ph.D., é publicada e distribuída pela PAR, Inc. (Psychological Assessment Resources, Inc.) que é uma editora proeminente de ferramentas, instrumentos e recursos de avaliação psicológica. A ASIQ é uma versão adaptada para adultos da escala SIQ, que foi originalmente desenvolvida para adolescentes. Da mesma forma, a SIQ-JR é uma versão ajustada para crianças mais jovens (Adeyemo, 2023). Embora a escala SIQ também esteja protegida por direitos autorais, os itens avaliados podem ser encontrados em algumas publicações e páginas da web.

A escala BSSw (Beck Suicide Scale - worst ever version) é uma modificação que inclui os primeiros 19 itens da Escala BSI, os quais foram formulados no pretérito, com o propósito de induzir os indivíduos avaliados a responderem a respeito do momento em que se sentiram mais deprimidos em relação à vida (Beck, 1999).

O instrumento ERRS (Early Recollection Rating Scales) não se trata estritamente de um questionário, mas sim de um exercício de recordar eventos da infância que tiveram impacto na vida do indivíduo. O ERRS foi desenvolvido como uma forma de medir traços de personalidade e variáveis obtidas a partir de Memórias Iniciais de forma objetiva. Também pode ser utilizado como uma maneira de examinar as crenças e percepções individuais de uma pessoa com base em seu estilo de vida (Johnson-Migalski, 2019).

A escala SSI-W (Scale for Suicide Ideation-Worst) segue a mesma premissa da BSSw: é uma versão modificada da BSI usada para avaliar a gravidade da ideação suicida em indivíduos. A adição do termo "Worst" à escala refere-se à avaliação do episódio mais grave de ideação suicida que o indivíduo vivenciou ao longo de sua vida. Isso permite uma avaliação mais minuciosa e sensível da gravidade da ideação suicida, concentrando-se especificamente no momento em que os pensamentos suicidas estavam no ápice ou eram mais intensos para o indivíduo (Beck, 1999).

Após o processo de triagem e seleção, 17 instrumentos foram incluídos no processo de análise para a construção do novo instrumento para o manejo do comportamento suicida.

5.4. ANÁLISE PELO IRAMUTEQ

A proposta de criação da nova escala utilizará a análise do conteúdo dos 17 instrumentos mais utilizados na avaliação do comportamento suicida, conforme indicado pela literatura. O objetivo é identificar os pontos convergentes entre as diferentes escalas para determinar as principais dimensões e aspectos avaliados em relação ao tema do suicídio.

Nesse processo, será utilizado o software de uso livre IRAMUTEQ (Interface R para Análises Multidimensionais de Textos e Questionários), criado por Pierre Ratinaud e originalmente mantido em francês até 2009. Atualmente, possui dicionários completos em várias línguas. Desenvolvido em Python, o IRAMUTEQ utiliza funcionalidades fornecidas pelo software estatístico R. No Brasil, começou a ser adotado em pesquisas sobre representações sociais a partir de 2013. Além disso, outras áreas também passaram a utilizá-lo, contribuindo para a divulgação das diversas possibilidades de processamento de dados qualitativos. O software permite diferentes formas de análise estatística de textos provenientes de entrevistas, documentos e outras fontes (Kami, 2016).

Entre as vantagens da análise de dados por meio de softwares estão a organização e separação eficientes das informações, o aumento da eficiência do processo, a facilidade na localização dos segmentos de texto e a agilidade no processo de codificação em comparação ao método manual. Por ser considerado uma ferramenta de processamento de dados e não um método de pesquisa, o IRAMUTEQ transforma seus resultados em instrumentos de exploração, busca e associação em material de pesquisa (Creswell, 2013; Souza, 2018).

As perguntas e itens de cada um dos 17 instrumentos foram transcritos para a criação do *corpus*, constituído pelo conjunto de textos a serem analisados. Para a análise textual, foi utilizada a Classificação Hierárquica Descendente (CHD), na qual os segmentos de texto são classificados com base em seus respectivos vocábulos. Cada instrumento é denominado Unidade de Contexto Inicial (UCI). As Unidades de Contexto Elementar (UCE), ou segmentos de texto que compõem cada classe, são extraídas das UCIs e apresentam vocabulário semelhante entre si, diferindo das UCEs das outras classes (Camargo, 2015).

Os 17 instrumentos resultaram em 17 textos, organizados em um único arquivo, formando 17 UCI. Foi realizada uma revisão para corrigir erros de digitação e pontuação, uniformizar siglas, utilizar pronomes na forma de próclise (por exemplo,

em vez de "tornei-me", usar "me tornei"), usar números na forma algorítmica, e remover caracteres não recomendados pelo software, como aspas, apóstrofos, cifrões e sinais de porcentagem (Camargo, 2015).

Além da técnica de CHD, foram utilizadas a análise de similitude e a elaboração de nuvem de palavras para agrupar e representar visualmente com base em sua frequência (FIGURA 2). Este método facilita a construção de um modelo analítico composto por categorias que correspondem às classes de palavras geradas pelo IRAMUTEQ. Para compilar um dicionário de palavras, o software utiliza o teste qui-quadrado (χ2), que destaca a força da associação entre as palavras e suas respectivas classes. Quanto menor o valor do qui-quadrado, mais tênue é a relação entre as variáveis. (Moimaz, 2017).

FIGURA 2. Nuvem de palavras fornecidas pelo IRAMUTEQ – Fonte: Autor (2024)

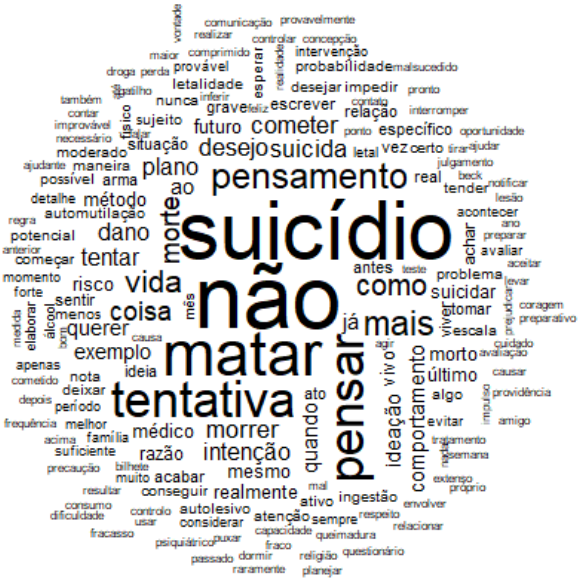
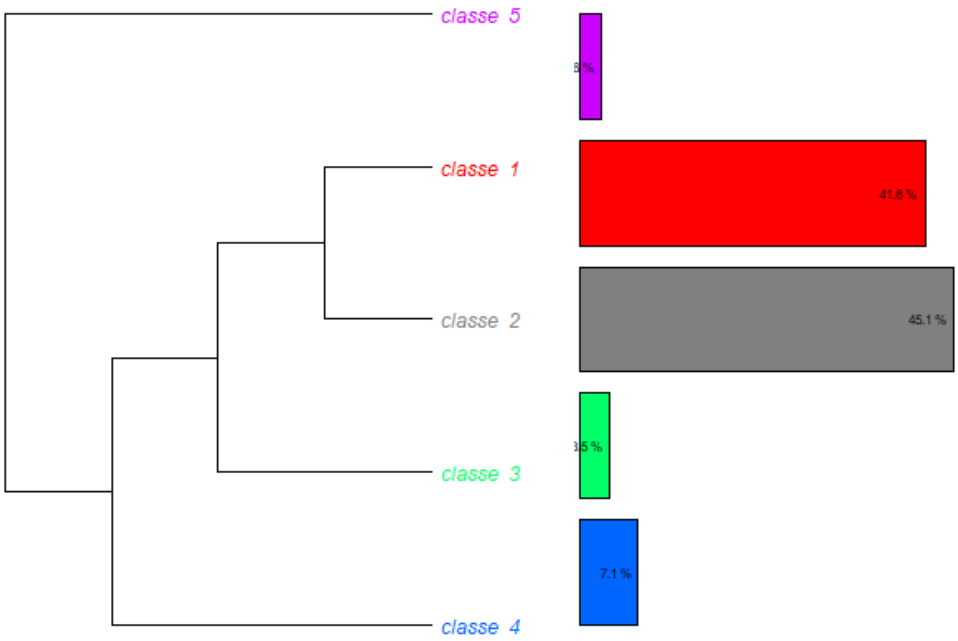
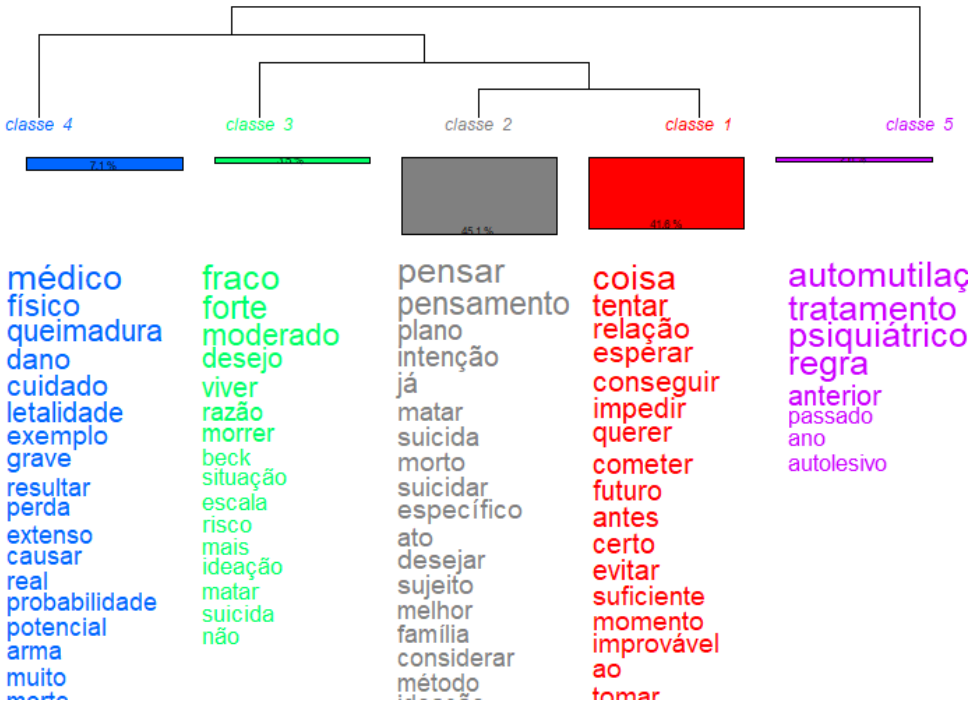

suicídio
não
matar
tentativa
pensar
pensamento
suicida
desejo
plano
ao
morte
vida
tentar
dano
método
coisa
querer
exemplo
risco
sentir
começar
potencial
automutilação
maneira
arma
possível
situação
moderado
futuro
cometer
sujeito
nunca
grave
escrever
letalidade
provável
probabilidade
intervenção
comprimido
comunicação
provavelmente
realizar
controlar
concepção
desejar
impedir
relação
específico
ponto
certo
vez
letal
real
tender
julgamento
notificar
lesão
acontecer
ano
preparar
avaliar
aceitar
levar
coragem
preparativo
cuidado
avaliação
causar
providência
amigo
tratamento
semana
extenso
próprio
ingestão
ativo
envolver
respeito
relacionar
sempre
atenção
considerar
autolesivo
controlo
usar
capacidade
queimadura
fraco
questionário
religião
dormir
passado
raramente
planejar
puxar
psiquiátrico
fracasso
consumo
dificuldade
precaução
bilhete
muito
acabar
mesmo
razão
intenção
conseguir
realmente
resultar
mal
médico
morrer
família
melhor
suficiente
acima
frequência
período
deixar
depois
nota
ideia
apenas
cometido
exemplo
querer
coisa
menos
sentir
risco
vida
começar
tentar
dano
método
automutilação
potencial
regra
anterior
momento
forte
detalhe
possível
arma
maneira
ajudante
moderado
situação
sujeito
futuro
cometer
nunca
grave
escrever
letalidade
provável
probabilidade
intervenção
comprimido
maior
droga
perda
também
contar
improvável
necessário
físico
trabalho
inferir
esperar
realidade
vontade
comunicação
provavelmente
realizar
controlar
concepção
desejar
impedir
pronto
contato
interromper
oportunidade
ajudar
julgamento
beck
notificar
lesão
acontece

FIGURA 3. Dendograma das classes fornecidas pelo IRAMUTEQ – Fonte: Autor (2024)



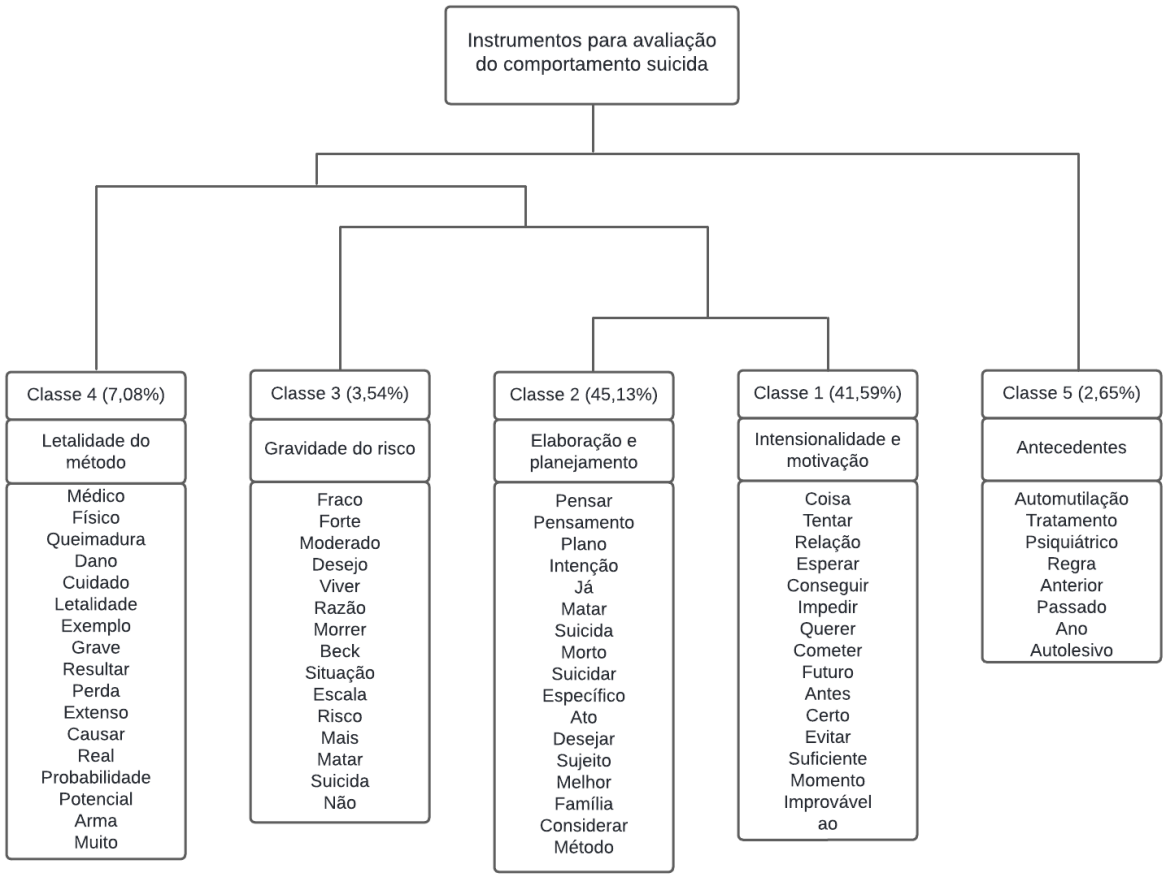
Com o dendrograma, é possível visualizar as palavras que apresentam maior porcentagem em termos de frequência média entre si e que são diferentes entre elas (FIGURA 4). A análise dos dados seguiu os preceitos de uma abordagem de pesquisa qualitativa em seis passos, conforme Creswell (2010): 1 – Organização e preparo dos dados analisados, realizados por meio da transcrição das informações para a confecção do corpus; 2 – Leitura dos dados para obter um sentido geral das informações e refletir sobre seu significado global; 3 – Processo de codificação realizado pelo IRAMUTEQ, que confeccionou o dicionário de palavras; 4 – Utilização do processo de codificação para descrever o cenário, categorias ou temas para análise, com avaliação de todas as classes apresentadas no dendrograma; 5 – Representação dos temas na análise qualitativa após a análise das categorias; 6 – Extração do significado dos dados e apresentação dos resultados pelo pesquisador, por meio de sua interpretação pessoal, sustentada na literatura. Essa abordagem estruturada permite uma análise detalhada e fundamentada, garantindo que as conclusões sejam bem embasadas e pertinentes ao contexto estudado.

FIGURA 4. Dendograma com a porcentagem de UCE em cada classe e palavras com maior qui-quadrado (X^2) fornecidas pelo IRAMUTEQ – Fonte: Autor (2024)



Pela leitura das palavras em destaques, a análise indicou uma convergência das características dos instrumentos de avaliação do paciente suicida em torno de cinco temas. Na classe 1, destaca-se a importância de avaliar ativamente a intencionalidade e as motivações em relação ao suicídio. A classe 2 enfatiza os itens dos instrumentos voltados para o grau de elaboração e planejamento suicida. A classe 3 foca na avaliação da gravidade do risco de suicídio. A classe 4 aborda a letalidade dos métodos e o potencial de danos de uma tentativa de suicídio. A classe 5 concentra-se nos itens dos instrumentos destinados a verificar a presença de transtornos psiquiátricos, antecedentes de automutilação e tentativas anteriores de suicídio (FIGURA 5).

FIGURA 5. Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente com as partições e conteúdo do corpus da pesquisa – Fonte: Autor (2024)



Os cinco temas abordam os principais aspectos e dimensões essenciais para a abordagem e triagem de pacientes com comportamento suicida, conforme indicado pela literatura científica e pelos manuais de emergência psiquiátrica (Corrêa, 2022; Moreno, 2018; Baldaçara, 2019a; Baldaçara et al, 2021b).

Uma revisão sistemática de Ribeiro et al. (2021) sobre o manejo do comportamento suicida entre usuários da Atenção Primária à Saúde destaca que a avaliação do risco suicida tem como objetivo identificar a presença de ideação e planejamento suicida, além de analisar a gravidade e a letalidade de tentativas anteriores e atuais. Além disso, é necessário verificar a existência de diagnósticos psiquiátricos prévios e avaliar se o indivíduo possui suporte familiar, de modo a garantir que ele não fique sozinho durante momentos de crise.

Isso confirma que as classes definidas após o processamento dos dados dos 17 instrumentos para a avaliação do paciente suicida, incluídos na análise pelo IRAMUTEQ, estão de acordo com as diretrizes da literatura psiquiátrica especializada e atendem às necessidades da Atenção Básica no manejo do comportamento suicida.

5.5. ELABORAÇÃO DO QUESTIONÁRIO E CONSTRUÇÃO DO APLICATIVO

A primeira versão do questionário foi composta por 11 itens divididos em 5 classes de domínios: “intencionalidade e motivação”, elaboração e planejamento”, “gravidade do risco”, “letalidade do método” e “antecedentes” (TABELA 16).

TABELA 16. Primeira versão do instrumento de avaliação do risco de suicídio

CLASSE 1 – INTENSIONALIDADE E MOTIVAÇÃO
1. Paciente tem o desejo de morrer?
2. Paciente não tem motivos para continuar vivendo?
CLASSE 2 – ELABORAÇÃO E PLANEJAMENTO
3. Paciente já pensou/pensa em quando e onde pretende cometer suicídio?
4. Paciente já tomou alguma providência ou fez preparativos para realizar seu plano?
CLASSE 3 – GRAVIDADE DO RISCO
5. Paciente possui suporte familiar?
6. Paciente é portador de algum transtorno mental?
7. Paciente faz uso de álcool ou outras substâncias psicoativas (maconha, cocaína)?
CLASSE 4 - LETALIDADE DO METODO
8. Paciente usou ou planeja usar um método letal para o suicídio?
9. Paciente têm acesso a meios necessário para realizar seu plano?
CLASSE 5 – ANTECEDENTES
10. Paciente já tentou suicídio anteriormente?
11. Paciente tem história familiar de suicídio ou de comportamento suicida?

Fonte: Autor (2024)

Para o desenvolvimento do aplicativo foi utilizada a plataforma *Jotform* (www.jotform.com), uma ferramenta online que permite qualquer pessoa a criar formulários online personalizados.

A plataforma possui uma interface intuitiva com recursos de "arraste e solte" que simplificam a criação de aplicativos para diversas plataformas, incluindo dispositivos iOS e Android, utilizando tecnologias como HTML e JavaScript. Assim, qualquer pessoa pode desenvolver aplicativos sem necessidade de conhecimentos prévios em programação. Embora ofereça diversas opções de planos de assinatura, o Jotform conta com um plano gratuito que disponibiliza os mesmos recursos dos planos pagos, mas com limites de uso mais baixos em algumas funcionalidades (Jotform, 2024).

A elaboração do design gráfico do aplicativo contou o auxílio do *Canva* (www.canva.com), uma ferramenta gratuita online que permite aos usuários criarem gráficos de mídia social, apresentações, infográficos, pôsteres e outros conteúdos visuais.

O instrumento de avaliação e o aplicativo serão chamados de “SalvaVida” (FIGURA 6). A escolha desse nome para um aplicativo usado na avaliação de pacientes com risco de suicídio é altamente simbólica e poderosa. O nome reflete diretamente o propósito central do aplicativo: salvar vidas. Ele comunica de forma clara a intenção de oferecer uma ferramenta que ajude a identificar, intervir e prevenir situações de risco de suicídio, agindo como um "salva-vidas" digital no cuidado com a saúde mental.

FIGURA 6 – Design do logotipo do aplicativo “SalvaVida”



Aqui estão alguns aspectos importantes do significado desse nome:

5.5.1. **Ação preventiva**: "SalvaVida" remete à ideia de uma ação proativa que visa evitar tragédias, assim como um salva-vidas que atua antes de um afogamento ocorrer. Nesse contexto, o aplicativo funciona como um recurso para profissionais da saúde (ou outras pessoas envolvidas) detectarem sinais de perigo e oferecerem apoio antes que o pior aconteça.

5.5.2. **Sensação de segurança**: O nome também pode transmitir uma sensação de segurança e confiança para os pacientes e os profissionais de saúde. O uso da palavra "vida" ressalta o valor da preservação da vida humana, promovendo um foco positivo em salvar e proteger.

5.5.3. **Simplicidade e clareza**: Um nome como "SalvaVida" é fácil de entender e de lembrar, o que pode aumentar a aceitação e o uso do aplicativo, além de reforçar a importância da ação rápida e eficaz em momentos críticos.

5.5.4. **Compromisso emocional**: A escolha do nome "SalvaVida" também apela emocionalmente, reforçando que o aplicativo não é apenas uma ferramenta técnica, mas um recurso humanitário, preocupado com a saúde e o bem-estar do indivíduo.

No geral, o nome "SalvaVida" busca transmitir uma missão clara de proteção à vida e de prevenção do suicídio, o que é essencial quando se trata de uma ferramenta voltada para esse tipo de avaliação.

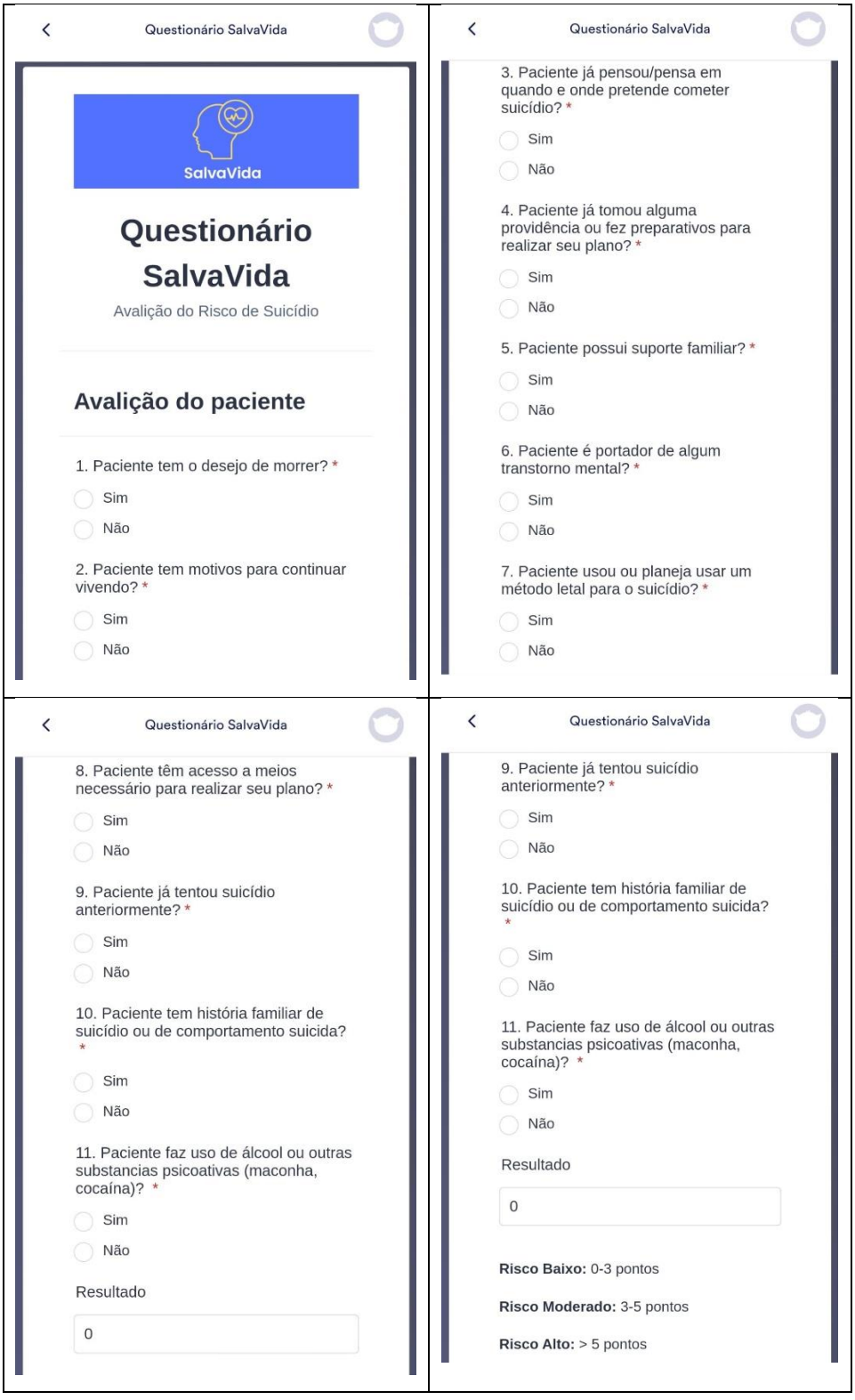
Após finalizada a construção do protótipo do aplicativo, foram incluídas as perguntas e chegou-se a seguinte proposta de design do layout da tela de entrada onde o usuário poderá acessar o questionário de avaliação (FIGURA 7)

FIGURA 7. Layout da tela de entrada do aplicativo “SalvaVida”



Ao clicar na opção “Questionário SalvaVida”, o usuário terá acesso a próxima tela com as perguntas, conforme mostra a figura (FIGURA 8)

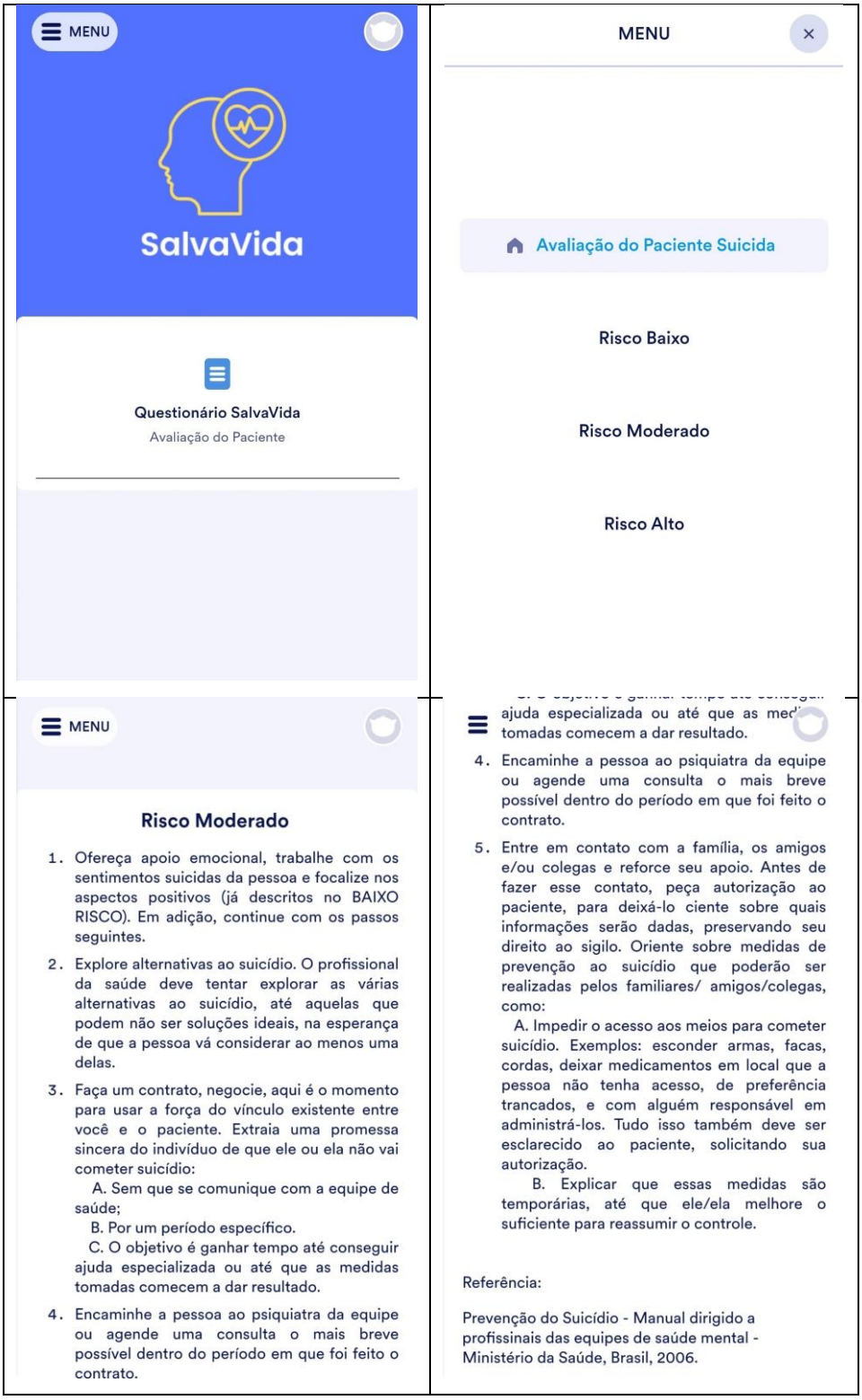
FIGURA 8 – Questionário “SalvaVida”



As perguntas deverão ser respondidas de forma objetiva em “sim” ou “não” e ao final será mostrado a pontuação final na área “resultado”. Logo abaixo é mostrado os pontos de corte e as respectivas opções de classificação do risco.

Ao retornar a tela inicial, o usuário verá no canto superior esquerdo a opção “menu” que dará acesso a outras funções do aplicativo. Apesar de não ser o objetivo deste trabalho, futuramente poderão ser implementados e incluídos novos conteúdos para auxiliar, por exemplo, no manejo do paciente com comportamento suicida de acordo com a classificação do risco, estratégias farmacológicas e não farmacológicas, conteúdos informativos e educativos, assim como o contato e endereços dos serviços de urgência e emergência (FIGURA 9).

FIGURA 9 – Exemplo de possibilidades de novas opções e funções que poderão ser implementadas futuramente no aplicativo “SalvaVida” – orientações sobre o manejo do paciente suicida conforme a classificação do risco.



5.6. ETAPA DE VALIDAÇÃO

Para a validação do conteúdo do instrumento foi utilizado o método Delphi, uma ferramenta amplamente utilizada para obter informações de um grupo de especialistas de uma forma interativa e estruturada (Hsu, 2007). Para participar da pesquisa como juiz, era necessário contemplar os seguintes requisitos: a) ser médico com registro ativo e regular pelo conselho regional de medicina há pelo menos 5 anos; b) ser especialista em psiquiatria ou em medicina de família e comunidade com Registo de Qualificação de especialista (RQE); c) ter atuado na área de emergência psiquiátrica ou na Atenção Básica há pelo menos 1 ano. Foram excluídos os juízes que estavam em suas respectivas funções há menos de 1 ano e os que não responderam a carta convite dentro do prazo pré-determinado.

A escolha do número de juízes seguiu as diretrizes da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e da *International Organization for Standardization/ International Electrotechnical Commission* (ISO/IEC) 25062:2011, que recomendam uma amostra mínima de oito participantes para a etapa de validação do instrumento. A seleção dos participantes da pesquisa foi feita por amostragem de conveniência, utilizando a técnica de bola de neve para identificar e convidar os avaliadores (Miranda, 2022).

Foi redigida uma carta-convite eletrônica para participação no painel de avaliação do instrumento, que incluiu uma apresentação inicial do pesquisador, explicações sobre o tema da pesquisa e a relevância da contribuição do profissional de saúde (ANEXO 1). A carta foi enviada por e-mail ou por aplicativo de mensagem, acompanhada de um link de acesso aplicativo “SalvaVida”, do link para o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e do formulário de avaliação do aplicativo móvel, usando o serviço web gratuito *Google Forms*. Além disso, foi fornecido um guia passo a passo para orientar a participação dos juízes, estipulando um prazo de 30 dias, a partir do recebimento, para o envio do questionário preenchido em cada rodada de avaliação.

O questionário de avaliação foi dividido em duas partes: identificação dos juízes com nome, idade, sexo, tempo de formação médica, titulação, tempo de formação como especialista e tempo de atuação em suas respectivas áreas em emergência psiquiátrica ou na Atenção Básica; e 17 questões relacionadas à avaliação do conteúdo do questionário. As respostas foram pontuadas em uma escala Likert de

cinto pontos referentes a cada uma das 11 perguntas do questionário, sendo consideradas válidas aquelas classificadas como "muito importante" ou "importante". Os itens avaliados como "pouco importante" passariam por reavaliação, e os avaliados como “irrelevante” ou "não deve ser incluído" seriam automaticamente excluídos.

As perguntas 6 e 9 receberam um destaque especial no formulário de avaliação dos juízes, por abordarem os dois principais fatores de risco para o comportamento suicida segundo vários autores: “tentativas de suicídio prévias” e “ser portador de algum transtorno mental” (Corrêa, 2022; Nardi et al, 2022, Passos, Gallois, 2024). Por essas razões, elas receberam uma pontuação diferenciada das outras perguntas no questionário: nos casos em que as repostas forem “sim”, a pergunta 9 valeria 3 pontos e a pergunta 6 valeria 2 pontos, dando maior ênfase na importância da presença dessas condições quando relatadas pelo paciente. Essa questão será submetida a apreciação dos juízes, que responderiam “estou de acordo” ou “não estou de acordo” em relação a pontuação diferenciada das perguntas.

Em seguida, os juízes avaliarão os pontos de corte de classificação baseada na somatória total dos pontos de cada pergunta: entre zero e 3 pontos o paciente seria classificado em “baixo risco”, entre 4 e 5 pontos em “moderado risco” e acima de 5 pontos em “alto risco”. Por fim, será perguntado “Qual a importância desse instrumento para a prática clínica de médicos na avaliação do paciente suicida?”, onde a resposta seguirá a escala Likert de cinto pontos. Será deixado um espaço para eventuais “sugestões e observações” pelos juízes que serão consideradas na avaliação e análise das respostas.

A respostas serão mantidas em sigilo entre os participantes e a ausência de reuniões presenciais diminui o impacto de diversos fatores psicológicos, tais como a habilidade de persuasão, a resistência em abandonar posições previamente estabelecidas e a prevalência de opiniões majoritárias sobre as minoritárias (Wright, 2000).

5.6.1. **Etapas de rodadas**

O processo de avaliação do instrumento ocorrerá em quatro etapas: (1) a primeira rodada de avaliação de cada item da escala proposta; (2) coleta e análise da avaliação, opinião e/ou sugestões sobre cada pergunta; (3) segunda rodada de avaliação para eventuais divergências de consenso entre os experts e/ou para apreciação de correções sugeridas na primeira rodada; (4) conclusão da escala final.

5.6.2. **Definição do consenso**

Os participantes avaliarão cada item em uma escala Likert de 5 pontos: 1=muito importante, 2= importante, 3=pouco importante, 4=irrelevante, 5=não deve ser incluído, selecionando o quão importante consideraram a inclusão de cada pergunta na escala final. Foi definida uma proporção ideal de 85% de concordância entre os avaliadores e uma proporção mínima aceitável de 70%.

Os itens serão imediatamente aceitos para a inclusão na escala final se pelo menos 80% dos participantes classificarem o tópico como “muito importante” ou importante” na primeira rodada de avaliação. Em contrapartida, os itens classificados como “muito importante” ou “importante” por pelo menos 70-79,9% em ambos os pontos na primeira rodada serão submetidos novamente para a apreciação na segunda rodada. Itens classificados como “muito importante” ou “importante” por menos de 70% dos participantes serão imediatamente modificados ou excluídos da escala final. Na segunda rodada, os critérios de elegibilidade para inclusão na escala final serão de uma aceitação de pelo menos 80% na primeira rodada e de pelo menos 75% na segunda rodada. Ao final da segunda rodada, caso ainda existam itens com menos 75% de concordância na avaliação como “muito importante” ou importante” e que tiverem sugestões de modificações ou correções, eles serão revisados e submetidos a uma terceira e última rodada para a apreciação dos participantes. Após essa última etapa caso exista algum tópico que não alcance a concordância de pelo menos 75%, ele será excluído da escala final. Os itens que não fizerem uso da escala Likert de 5 pontos serão avaliados e analisados usando a proporção de 85% de concordância entre os juízes.

Para verificar a consistência interna das avaliações feitas pelos juízes, foi utilizado o alfa de Cronbach. Conforme Shavelson (2009), esse teste é especialmente útil por não exigir repetições ou a aplicação de outros testes paralelos para estimar a consistência interna, já que o alfa fornece uma medida confiável das respostas. Um valor mínimo aceitável para o alfa é 0,70; valores abaixo disso indicam uma consistência interna insatisfatória nas avaliações. O coeficiente alfa de Cronbach reflete o padrão de resposta da população estudada, sendo, portanto, uma propriedade da amostra e não da escala em si (Cortina, 1993; Streiner, 2003).

6. RESULTADOS

Os participantes em potencial foram contatados individualmente por meio de e-mail, contato telefônico ou através de aplicativos de mensagens (ex. WhatsApp). Cada juiz forneceu suas resposta e análise em um formulário no *Google Forms.*

Com a finalização da construção do questionário e do aplicativo, foram enviadas 21 cartas convites com todas as informações necessárias para acessar o aplicativo com o questionário “SalvaVida” e o formulário de avaliação, sendo 14 devolvidos no prazo estipulado de 30 dias.

O estudo deu início com a participação de 14 juízes, 7 médicos psiquiatras e 7 médicos de família e comunidade. Todos aceitaram o convite, responderam o TCLE, avaliaram o instrumento e responderam o formulário, sendo caracterizados conforme a TABELA 17.

TABELA 17 – Variáveis sociodemográficas e de formação dos profissionais participantes como juízes.

Variável	% (n) ou média (DP)
Sexo	
Feminino	85,7% (12)
Masculino	14,2% (2)
Idade (31 a 58 anos)	43,5 (7,7)*
Tempo de formação médica	16,7 (7,4)*
Psiquiatras (11 a 22 anos)	15,1 (4,2)
Médicos de Família e Comunidade (8 a 30 anos)	18,4 (9,8)
Titulação	
Especialização	7,1% (1)
Residência médica	92,8%% (13)
Residência médica + Mestrado	42,8% (6)
Tempo de formação como médico especialista	10,3 (3,5)*
Psiquiatras (6 a 18 anos)	10,7 (3,9)*
Médicos de Família e Comunidade (5 a 14 anos)	10 (3,4)*
Tempo de atuação em áreas específicas	12,9 (7,3)*
Emergência psiquiátrica (5 a 18 anos)	11,1 (4,05)*
Atenção Básica (3 a 25 anos)	14,7 (9,6)*

DP: desvio-padrão

*Valores apresentados em média e DP.

Na primeira rodada, o consenso entre os juízes variou de 85,72% a 100% na classificação de todos os itens do questionário como adequados. Dos 17 itens do questionário de avaliação, 12 (70,5%) alcançaram 100% de concordância entre os

juízes, 4 (23,5%) atingiram 92,86%, e apenas 1 item (5,8%) obteve 85,72% de concordância. Todos os itens foram classificados na escala Likert como "muito importante" ou "importante", assim como "estou de acordo", conforme ilustrado na TABELA 18.

TABELA 18. Avaliação dos 14 juízes do conteúdo dos itens do questionário “SalvaVida”.

Itens do formulário de avaliação	“Muito adequado” ou “Adequado” - n (%)
1. Paciente tem o desejo de morrer? (1 ponto)	14 (100%)
2. Paciente não tem motivos para continuar vivendo? (1 ponto)	14 (100%)
3. Paciente já pensou/pensa em quando e onde pretende cometer suicídio? (1 ponto)	14 (100%)
4. Paciente já tomou alguma providência ou fez preparativos para realizar seu plano? (1 ponto)	14 (100%)
5. Paciente possui suporte familiar? (1 ponto)	13 (92,86%)
6. Paciente é portador de algum transtorno mental? (2 pontos)	14 (100%)
7. Você está de acordo que a pergunta "Paciente é portador de algum transtorno mental" merece 2 pontos?	13 (92,86%)
8. Paciente usou ou planeja usar um método letal para o suicídio? (1 ponto)	13 (92,86%)
9. Paciente têm acesso a meios necessário para realizar seu plano? (1 ponto)	12 (85,72%)
10. Paciente já tentou suicídio anteriormente? (3 pontos)	14 (100%)
11. Você está de acordo que a pergunta "Paciente já tentou suicídio anteriormente?" merece 3 pontos?	13 (92,86%)
12. Paciente tem história familiar de suicídio ou de comportamento suicida? (1 ponto)	14 (100%)
13. Pergunta 11. Paciente faz uso de álcool ou outras substâncias psicoativas (maconha, cocaína)? (1 ponto)	14 (100%)
14. Você está de acordo com pontuação relativa ao "baixo risco": 0-3 pontos?	14 (100%)
15. Você está de acordo com pontuação relativa ao "moderado risco": 3-5 pontos?	14 (100%)
16. Você está de acordo com pontuação relativa ao "alto risco": > 5 pontos?	14 (100%)
17. Qual a importância desse instrumento para a prática clínica de médicos na avaliação do paciente suicida?	14 (100%)
Alfa de *Cronbach* = 0,74	

Em relação à consistência interna das avaliações dos juízes, observou- se um coeficiente alfa de Cronbach de 0,74. Assim, as respostas dos juízes foram congruentes na maioria dos itens.

7. DISCUSSÃO

Os aplicativos de saúde para dispositivos móveis representam uma inovação significativa, especialmente na promoção da saúde, com um crescimento exponencial em escala global. Apesar disso, ainda são relativamente novos no meio acadêmico, o que tem impulsionado diversas pesquisas voltadas ao desenvolvimento de novos aplicativos nesse contexto (Girardello, Michahelles, 2010). Dispositivos móveis e seus aplicativos oferecem recursos acessíveis e convenientes para autocuidado, avaliação clínica, apoio à tomada de decisão e gestão de tratamentos (Luxton, 2015).

Um estudo recente da Fundação Getúlio Vargas (FGV), os celulares já superaram em números a população brasileira, atingindo a marca de 464 milhões de aparelhos. Essa democratização do acesso aos smartphones e à internet móvel tem permitido que cada vez mais pessoas possam usufruir dos benefícios dos aplicativos de saúde mental (Meireles, 2023).

Conforme o mundo se torna mais interconectado e a tecnologia avança em um ritmo sem precedentes, não é surpresa que os cuidados em saúde mental também estejam se digitalizando cada vez mais. Durante a pandemia da COVID-19, observou-se um aumento expressivo no uso de ferramentas digitais e aplicativos na área da psiquiatria. A avaliação do paciente, a aplicação de escalas e instrumentos diagnósticos, a prescrição e implementação do tratamento, o monitoramento e, eventualmente, a condução de todo o processo psicoterapêutico nessa nova realidade, consolidaram-se como práticas emergentes na chamada "psiquiatria digital". (Passos, Gallois, 2023). Ao estar disponível para dispositivos móveis, o questionário “SalvaVida” pode ser uma ferramenta útil que permite que o médico tenha acesso rápido à escala de avaliação em qualquer lugar, facilitando o uso em consultas, visitas domiciliares ou emergências.

As escalas de triagem tradicionais não foram concebidas para o uso digital, e os aplicativos atuais apenas replicam as já existentes (Torous, 2021). No entanto, na triagem diagnóstica em saúde mental, os aplicativos têm mostrado grande potencial para melhorar o acesso aos cuidados e promover intervenções precoces. Diversos estudos destacam os benefícios do uso de aplicativos móveis para rastrear transtornos mentais, como ansiedade e depressão, em diferentes populações (Sau, 2022; Funnel, 2022; Gogineni, 2023).

O instrumento proposto foi desenvolvido com ênfase em sua total aplicabilidade no ambiente digital. Com o crescente uso de dispositivos móveis na sociedade

contemporânea, devido à sua praticidade e fácil manuseio, disponibilizar essa nova ferramenta por meio de um aplicativo permitirá acesso rápido durante as consultas. Isso é especialmente vantajoso em locais ou situações em que não há centros especializados em saúde mental, como em internações domiciliares ou no fornecimento de orientações sobre medicações (Volpe, 2022).

Apesar de existirem várias escalas e questionários voltados para a avaliação do comportamento suicida, até o momento desse estudo não foi encontrado na literatura cientifica um instrumento tecnológico específico para ser usado no ambiente da atenção básica por médicos não especialistas em psiquiatria para o manejo do paciente com risco de suicídio. A integração de tecnologias e aplicativos nos cuidados em saúde mental fornecidos por médicos na atenção primaria oferece inúmeros benefícios que podem melhorar os resultados clínicos e a satisfação do paciente, como o acesso a tratamentos baseados em evidências particularmente em ambientes os especialistas em saúde mental são escassos (Davis, 2020).

Para o desenvolvimento do questionário "SalvaVida", foi realizada uma revisão integrativa da literatura com o objetivo de criar um aplicativo destinado a profissionais da Atenção Básica. Baseado em sólidos níveis de evidência e fundamentado em escalas já validadas para avaliação do risco de suicídio, o questionário busca identificar os principais fatores de risco para comportamento suicida e classificar o grau de risco. Isso permitirá a prescrição de medidas preventivas e a implementação de condutas terapêuticas adequadas, oferecendo aos profissionais uma ferramenta para promover uma assistência de qualidade.

No processo de avaliação, há divergências na literatura sobre os critérios usados para definir um avaliador especialista em determinada área, uma vez que essa definição envolve subjetividade. Critérios como experiência prática e conhecimento teórico são amplamente considerados relevantes (Jasper, 1994; Lopes, 2012). O número de avaliadores também é um ponto de divergência entre os pesquisadores. Lynn (1986) recomenda um mínimo de cinco e um máximo de dez participantes nesse processo. Outros autores sugerem entre seis e vinte juízes (Pasquali, 1997), ou consideram fatores como as características do instrumento, a qualificação e a disponibilidade dos profissionais na seleção dos avaliadores (Alexandre, 2011). Neste estudo, embora 21 avaliadores tenham sido contatados e apenas 14 tenham aceitado participar, esse número está dentro das orientações da literatura.

O coeficiente alfa de Cronbach foi utilizado para avaliar a consistência interna das respostas nas avaliações. Esse coeficiente é influenciado pelo número de itens

do instrumento, ou seja, se houver um número reduzido de itens em determinados domínios, os valores do alfa tendem a diminuir, o que pode impactar a consistência interna (Sijtsma, 2009). No grupo de juízes, o valor do alfa foi 0,74, considerado adequado, já que estudos indicam que valores superiores a 0,70 são ideais (Terwee et al., 2007). No entanto, o valor máximo recomendado para o alfa é 0,90, pois valores superiores podem indicar redundância ou duplicação de itens (Gaspar et al, 2018).

8. CONCLUSÃO

O desenvolvimento e a validação do instrumento para dispositivos móveis destinado à avaliação de pacientes com risco de suicídio em ambientes de porta de entrada do SUS representam um avanço fundamental para a assistência em saúde mental na Atenção Básica. A partir de uma revisão cuidadosa da literatura e da adaptação de escalas já validadas para o contexto brasileiro, foi possível criar uma ferramenta prática, de fácil acesso e baseada em sólidas evidências científicas, que visa facilitar a identificação precoce de fatores de risco associados ao comportamento suicida.

Este recurso digital permite que os profissionais de saúde avaliem o risco de maneira mais ágil e precisa, proporcionando intervenções preventivas em tempo hábil e ajustadas à gravidade do caso. A implementação desse aplicativo amplia a capacidade dos profissionais na triagem e acompanhamento de pacientes em situação de vulnerabilidade, promovendo uma abordagem mais integrada e eficiente no cuidado em saúde mental.

Além de qualificar o atendimento nos serviços de saúde, o instrumento oferece suporte para a tomada de decisão clínica e para o encaminhamento apropriado do paciente, reforçando a articulação entre a Atenção Básica e outros níveis de cuidado dentro do SUS. Ao otimizar processos e reduzir a subjetividade nas avaliações, o instrumento contribui significativamente para o fortalecimento da rede de apoio psicossocial e para a promoção de uma assistência mais humanizada, acolhedora e segura.

Este projeto, portanto, não só potencializa a atuação dos profissionais, mas também inaugura novas possibilidades de inovação tecnológica no âmbito da saúde pública, estabelecendo um modelo de intervenção preventiva que pode ser replicado em outras áreas de risco e ampliado para outras necessidades de saúde mental.

REFERÊNCIAS

ADEYEMO, S.C., OLUKOLADE, O., AROYEWUN, A.B. A validation of adult suicidal ideation questionnaire among Nigerian University students. **African Health Sciences**, (2023). DOI: 10.4314/ahs.v23i1.57

ALEXANDRE, N.M., COLUCI, M.Z. Validade de Conteúdo nos Processos de Construção e Adaptação de Instrumentos de Medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.7, jul. 2011.

ANDREOTTI, E.T., IPUCHIMA, J.R., CAZELLA, S.C., BERIA, P., BORTONCELLO, C.F., SILVEIRA, R.C. et al. Instruments to assess suicide risk: a systematic review. **Trends Psychiatry Psychother** [Internet]. 42(3):276–81. 2020. DOI: 10.1590/2237-6089-2019-0092

APA - American Psychiatric Association Diagnostic and statistical manual of mental disorders: **DSM-IVTR**. 4th Ed. Washington DC: American Psychiatric Association; 2000.

BARBOSA, S. S., RODRIGUES, J., GUIMARÃES, G. F., LOPES, S. M. Aplicativos de celular na prevenção do comportamento suicida. SMAD, **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas** (Edição em português), [S. l.], v. 16, n. 4, p. 100-108, 2020. DOI: 10.11606/issn.1806-6976.smad.2020.167062. Disponível em: https://www.revistas.usp.br/smad/article/view/167062. Acesso em: 10 jan. 2024.

BALDAÇARA, L., DA SILVA, A.G. **Suporte em emergências psiquiátricas** (SEP). Ampla, Belo Horizonte, MG. 2021.

BALDAÇARA, L., ROCHA, G. A., LEITE, V. DA S., PORTO, D. M., GRUDTNER, R. R., DIAZ, A. P. et al. Brazilian Psychiatric Association guidelines for the management of suicidal behavior. Part 1. Risk factors, protective factors, and assessment. **Brazilian Journal of Psychiatry**, 43(5), 525–537, 2021. DOI: 10.1590/1516-4446-2020-0994

BALDAÇARA, L., CORDEIRO, D.C., CALFAT, E.B., CORDEIRO, Q., TUNG, T.C. **Emergências Psiquiátricas**. 2ª Ed. Elsevier, Rio de Janeiro, 2019.

BALDAÇARA, L. et al. **Medicina psiquiátrica de emergência**. In A.M.A.S. Meleiro 1º Ed. Psiquiatria – Estudos fundamentais. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro, 2019.

BÁO, A.C., AMESTOY, S.C., MOURA, G.M., TRINDADE, L.L. Indicadores de qualidade: ferramentas para o gerenciamento de boas práticas em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem.** 2019;72(2):377-84. doi: 10.1590/0034-7167-2018-0479

BATTERHAM P.J., FTANOU M., PIRKIS J., BREWER J.L., MACKINNON A.J., BEAUTRAIS A., FAIRWEATHER-SCHMIDT A.K., CHRISTENSEN H. A systematic review and evaluation of measures for suicidal ideation and behaviors in population-based research. **Psychol Assess**. 2015 Jun;27(2):501-512. doi: 10.1037/pas0000053. Epub 2014 Dec 15. PMID: 25496086.

BATISTA, L. S., KUMADA, K. M. Análise metodológica sobre as diferentes configurações da pesquisa bibliográfica. **Revista Brasileira de Iniciação Científica (RBIC)**, IFSP, Itapetininga, v. 8, p. 1-17, 2021.
BEAUTRAIS, A. L. (2001). Suicides and serious suicide attempts: two populations or one? Psychological Medicine 31, 837–845.

BECK, A.T., BROWN, G.K., STEER, R.A., DAHLSGAARD, K.K., GRISHAM. J.R. Suicide ideation at its worst point: a predictor of eventual suicide in psychiatric outpatients. **Suicide Life Threat Behav**. Spring;29(1):1-9. 1999. PMID: 10322616.

BECK, A. T., WEISSMAN, A., LESTER, D., TREXLER, L. (1974). The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. **Journal of Consulting and Clinical Psychology** 42, 861–865.

BOLTON, J.M., BELIK, S.L., ENNS, M.W., COX, B.J., SAREEN, J. Exploring the correlates of suicide attempts among individuals with major depressive disorder: findings from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. **Journal Clinical Psychiatry**. 69(7):1139-49. 2008. DOI: 10.4088/jcp.v69n0714. PMID: 18517287.

BOSTWICK, J.M., PANKRATZ, V.S. Affective disorders and suicide risk: a reexamination. **American Journal Psychiatry**. 157(12):1925-32. 2000. DOI: 10.1176/appi.ajp.157.12.1925. PMID: 11097952.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei no 8.080 para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa e dá outras providências. Disponível em: <https://cevs.rs.gov.br/upload/arquivos/201611/05090909-1337000578-decreto-federal-n-7508.pdf>. Acesso em 26 de fevereiro de 2023.

BRASIL. Resolução Conselho Nacional de Saúde n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília: **Conselho Nacional de Saúde**, 2012. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf> Acesso em 26 de fevereiro de 2023.

BRASIL. Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Disponível em: https://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt1Ouf.def. Acesso em 26 de fevereiro de 2023.

CAMARGO, B.V., JUSTO, A.M. Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ. Universidade Federal de Santa Catarina [Internet]. 2013 [citado 2015 out 15]. Disponível em: http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais

CAMPBELL, G., DARKE, S., BRUNO, R., DEGENHARDT, L. The prevalence and correlates of chronic pain and suicidality in a nationally representative sample. **Australian & New Zealand Journal of Psychiatry**. 49(9):803-11. 2015. DOI: 10.1177/0004867415569795. PMID: 25698809.

CHOI, Y.H., YOOK, V., YANG, K., CHO, Y., LEE, D.H., LEE, H.J. et al. Development and validation study of the suicide screening questionnaire-observer rating (SSQ-OR). **Frontiers in Psychiatry**. 13:945051. 2022. DOI: 10.3389/fpsyt.2022.945051. PMID: 36032221; PMCID: PMC9411983.

CORRÊA, H. **Tratado de Suicidologia**. 1ª Ed. Belo Horizonte: Editora Ampla, 2022.

CORTINA, J. M. What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. **Journal of Applied Psychology**. v. 78, p. 98-104. 1993.

CRESWELL, J.W. **Projeto de pesquisa**. Porto Alegre: Artmed; 2010.

CRESWELL, J.W., CLARK, V.L. **Pesquisa de métodos mistos**. São Paulo: Penso; 2013.

CRUMP, C., SUNDQUIST, K., SUNDQUIST, J., WINKLEBY, M.A. Sociodemographic, psychiatric and somatic risk factors for suicide: a Swedish national cohort study. **Psychological Medicine**. 44(2):279-89. 2014. DOI: 10.1017/S0033291713000810. PMID: 23611178.

DAVIS, M.J. Using technology to combat clinician burnout. **Journal of Healthcare Management**, 2020. DOI: 10.1097/JHM-D-20-00099.

EVANS, E., HAWTON, K., RODHAM, K. Factors associated with suicidal phenomena in adolescents: a systematic review of population-based studies. **Clinical Psychology Review**. 24, 957–979. 2004.

FERREIRA, M. L., VARGAS, M. A. O., RODRIGUES, J., TRETIN, D., BREHMER, L. C. F., LINO, M. M. Comportamento suicida e atenção primária à saúde. **Enfermagem em Foco**, 9 (4), 50-54, 2018.

FUNNELL, E. et al. Health Solutions for Mental Health Screening and Diagnosis: A Review of App User Perspectives Using Sentiment and Thematic Analysis. **Frontiers in Psychiatry**, 2022. DOI: 10.3389/fpsyt.2022.857304.

GASPAR, I.A.; SHIMOYA, A.; SHIMODA, E. Análise da satisfação de usuários de softwares livres em um instituto federal de ensino e do questionário aplicado utilizando o coeficiente alfa de Cronbach. **Interdisciplinary Scientific Journal**, v.5, n.1, p. 102-124, 2018.

GIRARDELLO, A.; MICHAHELLES, F. AppAware: Which mobile applications are hot?. 12th international conference on Human computer interaction with mobile devices and services; New York. NY, pp. 431–434. 2010.

GOLDSMITH, S.K., PELLMAR, T.C., KLEINMAN, A.M., BUNNEY, W.E. Institute of Medicine (US) Committee on Pathophysiology and Prevention of Adolescent and Adult Suicide. **Reducing Suicide: A National Imperative**. Washington (DC): National Academies Press (US); 2002. PMID: 25057611.

GOGINENI, R.R. et al. Mental Health Aspects of Information Technology: Impact on Behavior and on Treatment Applications. In: GOGINENI, Rama Rao et al. (Eds.). **The WASP Textbook on Social Psychiatry: Historical, Developmental, Cultural, and Clinical Perspectives.** Nova York, 2023. Edição online. Oxford Academic, 2023. DOI: 10.1093/med/9780197521359.003.0038.

HAUKKA, J., SUOMINEN, K., PARTONEN, T., LÖNNQVIST, J. Determinants and outcomes of serious attempted suicide: a nationwide study in Finland, 1996-2003. **American Journal of Epidemiology**. 167(10):1155-63. 2008. DOI: 10.1093/aje/kwn017. PMID: 18343881.

HERON, M. Deaths: Leading causes for 2019. **National Vital Statistics Reports**; vol 70, nº 9. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics. 2021. DOI: https://dx.doi.org/10.15620/cdc:107021.

HSU, C.C., SANDFORD, B.A. The Delphi technique: making sense of consensus. **Practical Assessment Research Evaluation**. 12:1e7. 2007

IHME - Institute for Health Metrics and Evaluation. (2019). GBD Results Tool | GHDx. Global Health Datra Exchange. Disponível em: https://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool > acesso em 21 de fevereiro de 2023.

JASPER, M.A. Expert: a discussion of the implications of the concept as used in nursing. **Journal of Advanced Nursing**, v.20, n.4, p. 769-776, 1994.

JOHNSON-MIGALSKI, L., STONE, M., ROUNDS, M., SESSO-OSBURN, F. "Predictive Relationship Between Trait and State Anxiety and Themes in Early Recollections Using the Early Recollection Rating Scale–Revised." **The Journal of Individual Psychology,** 75, no. 1, 27-40. 2019. DOI: 10.1353/jip.2019.0002.

JOTFORM. Jotform: Free Online Form Builder. Disponível em: <https://www.jotform.com/>. Acesso em: 2 out. 2024.

KAMI, M.T., LAROCCA, L.M., CHAVES, M.M., LOWEN, I.M., SOUZA, V.M., GOTO, D.Y. Working in the street clinic: use of IRAMUTEQ software on the support of qualitative research**. Escola Anna Nery – Revista de Enfermagem** [Internet]. 2016 [cited 2016 Nov 20];20(3):e20160069. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n3/en_1414-8145-ean-20-03-20160069.pdf

KAUFMAN, E.J., MORRISON, C.N., BRANAS, C.C., WIEBE, D.J. State Firearm Laws and Interstate Firearm Deaths From Homicide and Suicide in the United States: A Cross-sectional Analysis of Data by County. **JAMA Internacional Medicine**. 178(5):692-700. 2018. DOI: 10.1001/jamainternmed.2018.0190. PMID: 29507953; PMCID: PMC5885268.

KELLER, M.B., HANKS, D.L. Anxiety symptom relief in depression treatment outcomes. **Journal Clinical Psychiatry**. 56 Suppl 6:22-9. 1995. PMID: 7649969.

KLEIMAN, E.M., LIU, R.T. Social support as a protective factor in suicide: findings from two nationally representative samples. **Journal of Affective Disorders**. 150(2):540-5. 2013. DOI: 10.1016/j.jad.2013.01.033. PMID: 23466401; PMCID: PMC3683363.

KILBOURNE, A.M., BECK, K., SPAETH-RUBLEE, B., RAMANUJ, P., O'BRIEN, R.W., TOMOYASU, N., PINCUS, H.A. Measuring and improving the quality of mental health care: a global perspective. **World Psychiatry**.17(1):30-38. 2018. DOI: 10.1002/wps.20482. PMID: 29352529; PMCID: PMC5775149.

KROENKE, K., SPITZER, R.L., WILLIAMS, J.B. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. **J Gen Intern Med** 2001; 16:606-13

KYUNG-SOOK, W., SANGSOO, S., SANGJIN, S., YOUNG-JEON, S. Marital status integration and suicide: A meta-analysis and meta-regression. **Social Science & Medicine**.197:116-126. 2018. DOI: 10.1016/j.socscimed.2017.11.053. PMID: 29227910.

LARSEN, M.E., CUMMINS, N., BOONSTRA, T.W., O'DEA, B., TIGHE, J., NICHOLAS, J. et al. The use of technology in Suicide Prevention. **Annu Int Conf IEEE Eng Med Biol Soc**. 2015:7316-9. DOI: 10.1109/EMBC.2015.7320081. 2015. PMID: 26737981.

LYNN, M.R. Determination and quantification of content validity. **Nursing Research**, v.35, n.6, p.382-385, 1986.

LOPES, J.P., AMARAL, G.G., DE JESUS, R.F.; LIMA, S.J., OLIVEIRA, V.C. Inovações tecnológicas para dispositivos móveis nos cuidados em vacinação. **Journal of Health Informatics**. 11(2): 54-9. 2019.

LUXTON, D.D., JUNE, J.D., CHALKER, S.A. Mobile Health Technologies for Suicide Prevention: Feature Review and Recommendations for Use in Clinical Care. **Curr Treat Options Psych** 2, 349–362. 2015. DOI: 10.1007/s40501-015-0057-2

MEIRELES, F.S. Pesquisa do Uso da TI – Tecnologia de Informação nas Empresas, 34ª Ed. anual. São Paulo: FGV; 2023. Disponível em https://eaesp.fgv.br/sites/eaesp.fgv.br/files/u68/pesti-fgvcia-2023_0.pdf. Acesso em 14 de janeiro de 2024

MCMILLAN D, GILBODY S, BERESFORD E, NEILLY L. Can we predict suicide and non-fatal self-harm with the Beck Hopelessness Scale? A meta-analysis. Psychol Med. 37(6):769-78. doi: 10.1017/S0033291706009664. 2007. PMID: 17202001.

MIRANDA, F.D., SALOMÉ, G.M. Desenvolvimento de aplicativo móvel para avaliar, tratar e prevenir lesão por pressão. **Acta paul enferm** [Internet]. 35:eAPE0329345. 2022. DOI: 10.37689/acta-ape/2022AO0329345

MOIMAZ, S.A.S, AMARAL, M.A., MIOTTO, A.M.M., COSTA, I.C.C., GARBIN, C.A.S. Análise qualitativa do aleitamento materno com o uso do software IRAMUTEQ. **Saúde e Pesquisa**. 2017, 9. 567. 10.17765/1983-1870.2016v9n3p567-577.

MORENO, R. A., CORDÁS, T. A. **Condutas em psiquiatria: Consulta rápida** (2ª ed.). Artmed. 2018.

NARDI, A.E., DA SILVA, A.G., QUEVEDO, J. **Tratado de Psiquiatria da Associação Brasileira de Psiquiatria**. Porto Alegre: Editora Artmed; 2022.

NIEDERKROTENTHALER, T., BRAUN, M., PIRKIS, J., TILL, B., STACK, S., SINYOR, M. et al. Association between suicide reporting in the media and suicide: systematic review and meta-analysis. **BMJ**. 368:m575. 2020. DOI: 10.1136/bmj.m575. PMID: 32188637; PMCID: PMC7190013.

PASSOS, I.V., GALLOIS, C.B. **Psiquiatria Digital**. 1ª Ed, Artmed, Porto Alegre, 2024.

PASQUALI, L. **Psicometria: teoria e aplicações**. Brasília: UnB, 1997.

PIRKIS, J., BURGESS, P. Suicide and recency of health care contacts. A systematic review. **Brazilian Journal Psychiatry**. 173:462-74. 1998. DOI: 10.1192/bjp.173.6.462. PMID: 9926074.

POLIT, D.F., BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Avaliação de evidências para prática de enfermagem.** Artmed**,** 247-368. Porto Alegre, 2011.

QIN, P., AGERBO, E., MORTENSEN, P.B. Suicide risk in relation to family history of completed suicide and psychiatric disorders: a nested case-control study based on longitudinal registers. **Lancet**. 360(9340):1126-30. 2002. DOI: 10.1016/S0140-6736(02)11197-4. PMID: 12387960.

QIN, P., MORTENSEN, P.B. The impact of parental status on the risk of completed suicide. **Arch Gen Psychiatry**. 60(8):797-802. 2003. DOI: 10.1001/archpsyc.60.8.797. PMID: 12912763.

RIBEIRO, P.L., OLIVEIRA, M.T., OLIVEIRA, M.F., CUPERTINO, M. C. Manejo na prevenção do comportamento suicida dos usuários da Atenção Primária à Saúde: Revisão sistemática. **Research, Society and Development**. 10(10):e02101018547, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/18547> Acesso em 24 de fevereiro de 2023.

RIBEIRO, J. L. P. Revisão De Investigação e Evidência Científica. **Psicologia, Saúde & Doenças**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 671-682, 2014.

ROCHA, G.P., ARAÚJO FILHO, G.M., ÁVILA, L.A. Atitudes de médicos e estudantes de medicina com pacientes com ideação suicida**. Revista Bioética**, 28 (2). 2020. DOI: 10.1590/1983-80422020282396

ROTHES, I., HENRIQUES, M. Health Professionals Facing Suicidal Patients: What Are Their Clinical Practices? Int J Environ Res Public Health.15(6):1210. 2018. DOI: 10.3390/ijerph15061210. PMID: 29890677; PMCID: PMC6024946.

RUBIN, R. Suicide Rates Higher in Rural Areas for Most Demographic Groups. **JAMA**. 318(20):1969. 2017. DOI: 10.1001/jama.2017.17273. PMID: 29183084.

SAAB, M.M., MURPHY, M., MEEHAN, E., DILLON, C.B., O'CONNELL, S., HEGARTY, J. et al. Suicide and Self-Harm Risk Assessment: A Systematic Review of Prospective Research. **Archives of Suicide Research**, 26:4, 1645-1665, 2022. DOI: 10.1080/13811118.2021.1938321

SALWAY, T., ROSS, L.E., FEHR, C.P., BURLEY, J., ASADI, S., HAWKINS, B., TARASOFF, L.A. A Systematic Review and Meta-Analysis of Disparities in the Prevalence of Suicide Ideation and Attempt Among Bisexual Populations. **Arch Sex Behav**. 48(1):89-111. 2019. DOI: 10.1007/s10508-018-1150-6. PMID: 29492768.

SANTOS, I.S., TAVARES, B.F., MUNHOZ, T.N., ALMEIDA, L.S., SILVA, N.T., TAMS, B.D. et al. Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral [Sensitivity and specificity of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) among adults from the general population]. **Cad Saude Publica.** 29(8):1533-43. 2013. DOI: 10.1590/0102-311x00144612. PMID: 24005919.

SAREEN, J., COX, B.J., AFIFI, T.O., DE GRAAF, R., ASMUNDSON, G.J., TEN HAVE, M., STEIN MB. Anxiety disorders and risk for suicidal ideation and suicide attempts: a population-based longitudinal study of adults. **Arch Gen Psychiatry**. 62(11):1249-57. 2005. DOI: 10.1001/archpsyc.62.11.1249. PMID: 16275812.

SAU, A., PHADIKAR, S., BHAKTA, I. Application of Machine Learning Technology for Screening of Mental Health Disorder. In: BHATTACHARYYA, S.; BANERJEE, J. S.; DE, D.; MAHMUD, M. (Eds.). Intelligent Human Centered Computing. Human 2023. Springer Tracts in Human-Centered Computing. Singapore: **Springer**, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.1007/978-981-99-3478-2_23

SCHREIBER, J.; CULPEPPER, L. Suicidal ideation and behavior in adults **UpToDate 2023**, Jan, 2023.Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/suicidal-ideation-and-behavior-in-adults?search=suicide&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1>. Acesso em 26 de fevereiro de 2023.

SHAVELSON, R.J. Biographical memoirs: Lee J. Cronbach. Washington, DC-USA: **American Philosophical Society**, v. 147, n. 4. p. 379-385, 2009.

SIJTSMA, K. On the use, the misuse, and the very limited usefulness of Cronbach‘s alpha. **Psychometrika**. Mar;74(1),107-20. 2009.

SILVA, E. P., DOS SANTOS, H. L., MACIEL, F. B., MANFROI, E. C., PRADO, N. M. Fatores de risco e prevenção do suicídio na Atenção Primária à Saúde em tempos de pandemia por COVID-19: revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 44, p. 3164, 2022. DOI: 10.5712/rbmfc17(44)3164. Disponível em: https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/3164. Acesso em: 18 jan. 2024.
SIMON, G.E., RUTTER, C.M., PETERSON, D., et al. Does response on the PHQ-9 Depression Questionnaire predict subsequent suicide attempt or suicide death? **Psychiatr Serv**. 64:1195. 2013.

SOUZA, M.A., WALL, M.L., THULER, A.C., LOWEN, I.M., PERES, A.M. O uso do software IRAMUTEQ na análise de dados em pesquisas qualitativas. **Rev esc enferm USP** [Internet]. 52:e03353. 2018. DOI: 10.1590/S1980-220X2017015003353

SPITZER, R.L., WILLIAMS, J.B., KROENKE, K., LINZER, M., GRUY 3RD, F.V., HAHN, S.R. et al. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care: the PRIME-MD 1000 study. **JAMA**. 272:1749-56. 1994.

STACK, S., LESTER, D. The effect of religion on suicide ideation. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**. 26(4):168-70. 1991. DOI: 10.1007/BF00795209. PMID: 1948297.

STREINER, D. L. Being inconsistent about consistency: when coefficient alpha does and doesn´t matter. **Journal of Personality Assessment**. v. 80, p. 217-222. 2003.

TAIT, L., MICHAIL, M. Educational interventions for general practitioners to identify and manage depression as a suicide risk factor in young people: a systematic review and meta-analysis protocol. **Syst Rev**. 15;3:145. 2014. DOI: 10.1186/2046-4053-3-145. PMID: 25510820; PMCID: PMC4276044.

TERWEE, C.B., BOT, S.D., BOER, M.R., KNOL, D.L., DEKKER, J. et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. **Journal Clinical Epidemiology**. 60(1):34-42. 2007.

TOROUS, J., BUCCI, S., BELL, I.H., KESSING, L.V., FAURHOLT-JEPSEN, M., WHELAN, P. et al. The growing field of digital psychiatry: current evidence and the future of apps, social media, chatbots, and virtual reality. **World Psychiatry**. (3):318-335. 2021. DOI: 10.1002/wps.20883. PMID: 34505369; PMCID: PMC8429349.

VOLPE, U. New way of Providing Care: the Role of Telemental Health. **European Psychiatry**, 2022. DOI: 10.1192/j.eurpsy.2022.147.

WALBY, F.A., MYHRE, M.O., KILDAHL, A.T. Contact With Mental Health Services Prior to Suicide: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Psychiatr Serv**. 69:751. 2018. Disponível em: < https://doi.org/10.1176/appi.ps.201700475 > Acesso em 23 de fevereiro de 2023.

WHO. World Health Organization. Suicide. WHO. 2019. Disponivel em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide.

WHO. World Health Organization. Suicide in the world: global health estimates. 2019. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/suicide-in-the-world

WILLIAMSON, M.Y. **Research methodology and its application to nursing**. New York (NY/USA): John Wiley & Sons; 1981.

WRIGHT, J.T., GIOVINAZZO, R. A. DELPHI - uma ferramenta de apoio ao planejamento prospectivo. **Caderno de Pesquisas em Administração**, v. 1, p. 54-65, 2000. Acesso em: 12 fev. 2024.

YANCEY, N.R. Technology and Teaching-Learning: Opportunities and Restrictions. **Nursing Science Quarterly**. 31(4):333-334. 2018. DOI:10.1177/0894318418792880

ANEXO 1

Olá, doutor (a)

Tudo bem?

Meu nome é Diego Moraes, sou mestrando do Programa Saúde na Amazônia (NMT-UFPA)

Venho através do presente documento convidar você a participar da minha pesquisa, aceita? Será de suma importância sua participação.

A pesquisa visa a validação do conteúdo de um aplicativo chamado "SalvaVida – App", que foi desenvolvido para auxiliar e orientar os médicos que atuam nas portas de entrada do SUS, como a Atenção Básica e os serviços de urgência e emergência, na avaliação do paciente com comportamento suicida.

PASSO 1

Se você aceitar participar dessa pesquisa, preciso que você assine o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) clicando no link abaixo:

https://forms.gle/HjdLmw2EzmgVbFdx9

Ou usando a imagem com o QR-CODE abaixo:

PASSO 2

Agora que já aceitou participar da pesquisa e formalizou seu aceite. Você deverá acessar o aplicativo **USANDO O SEU CELULAR**, clicando no link abaixo:

https://app.jotform.com/242444017915656

Ou usando a imagem com o QR-CODE abaixo:

OBSERVAÇÃO: O LINK NÃO PODE SER COMPARTILHADO COM NINGUÉM, UMA VEZ QUE POSSUI DIREITOS AUTORAIS E SE ENCONTRA EM PROCESSO DE VALIDAÇÃO

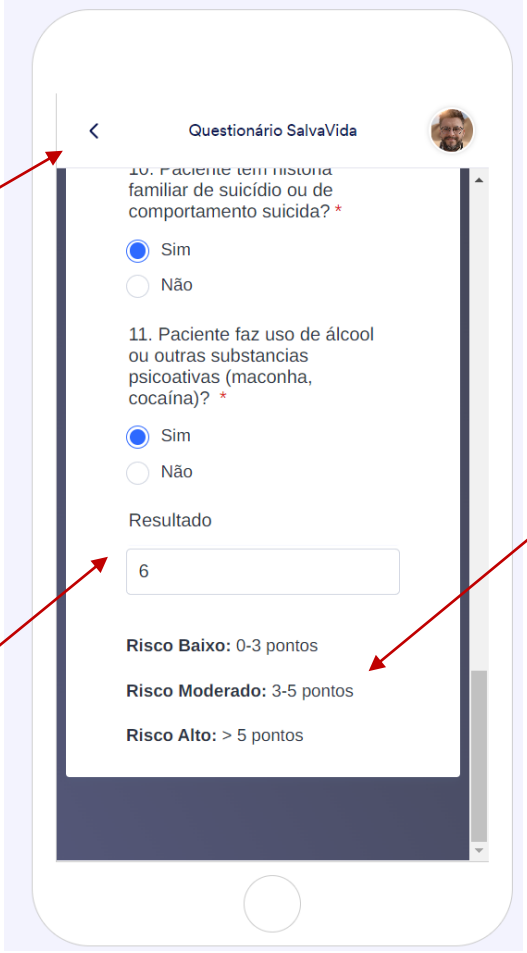


Clique no questionário “SalvaVida”



Na próxima tela você terá acesso as perguntas e poderá selecionar as respostas.

Clique na seta para retornar a tela inicial

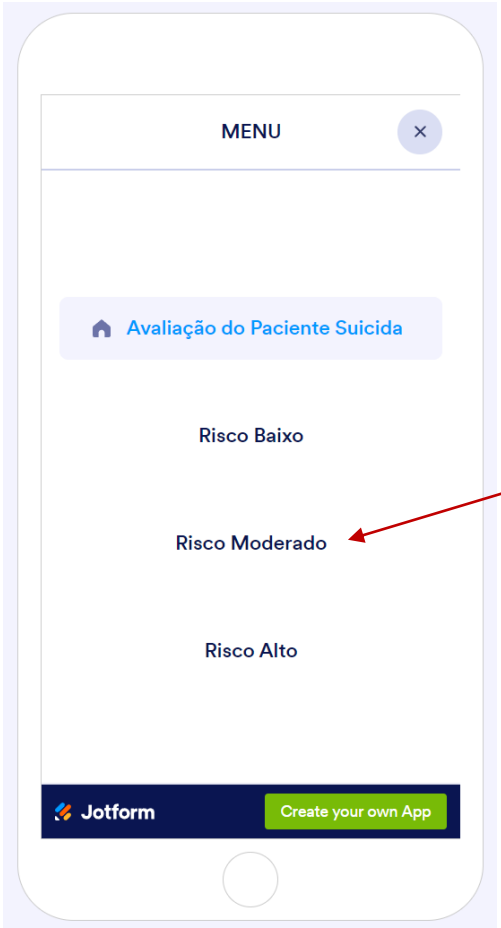


Após responder a todas as perguntas, um resultado numérico final será mostrado

De acordo com o resultado o paciente poderá ser classificado de acordo com o risco de suicídio

Clique na opção “MENU” para ter acesso a outras opções





Essa pesquisa tem como objetivo inicial a construção e validação do questionário que será usado no aplicativo. Mas futuramente poderão ser implementadas outras funções, como por exemplo orientações para o manejo do paciente de acordo com a classificação do risco de suicídio.



No exemplo estão algumas orientações de um manual de Prevenção do Suicídio do Ministério da Saúde, 2006.

PASSO 3

Após sua análise do aplicativo e das perguntas, você precisa acessar o formulário de avaliação para formalizar sua validação quanto “SalvaVida – App”, clicando o link abaixo:

https://forms.gle/XpM9TeZWDeBdyJb48

Ou usando a imagem com o QR-CODE abaixo:

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Santos, Diego Moraes
Construção e validação de instrumento para dispositivos móveis para avaliação do paciente suicida em ambientes de porta de entrada no SUS / Diego Moraes Santos. -- 1. ed. -- Belém, PA : Ed. do Autor, 2024.

Bibliografia.
ISBN 978-65-01-26692-3

1. Atenção Primária à Saúde (APS) 2. Medicina da família 3. Saúde mental 4. Saúde pública 5. Suicídio - Fatores de risco 6. Suicídio - Prevenção I. Título.

24-243927 CDD-362.1

Índices para catálogo sistemático:

1. Saúde pública : Suicídio : Prevenção : Bem-estar social 362.1

Aline Graziele Benitez - Bibliotecária - CRB-1/3129